

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА
УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

г. Гомель, 21 октября 2016 г.

Гомель
ГомГМУ
2016

УДК 61:005.745(06)

ББК 5

А 43

В сборнике содержатся материалы ежегодной научно-практической конференции врачей Гомельской области. Представлены современные результаты клинических и научных исследований в области медицины. Предназначены для врачей всех специальностей, врачей общей практики, студентов медицинских университетов.

Редакционная коллегия: В. В. Целиков – заместитель главного врача по хирургической помощи, А. А. Литвин — врач-хирург, доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 УО «ГомГМУ», С. Ю. Баранов — врач-детский хирург, ассистент, зав. курсом «Детской хирургии» кафедры хирургических болезней № 2 УО «ГомГМУ».

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор А. Н. Лызиков

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2016

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
<i>Адамович Д.М., Громыко С.Ю., Гараева Г.А.</i> ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ БОЛИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА.....	6
<i>Адамович Д.М., Павловский Д.А., Продухо А.С.</i> СИМПТОМ КОХЕРА-ВОЛКОВИЧА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	7
<i>Ачинович С.Л., Терешко А.В., Нагла Ю.В., Нитиш В.Э.</i> ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО..	9
<i>Ачинович С.Л., Терешко А.В., Нагла Ю.В., Нитиш В.Э.</i> СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	10
<i>Бакалец Н.Ф., Ковальчук П.Н., Ковальчук Л.С.</i> МАГНИТО-ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	11
<i>Батюк В.И., Жариков О.Г., Гордеев Д.Г.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.	13
<i>Батюк В.И., Сушкин И.П., Руженцов Т.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.	14
<i>Борсук Е. В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА FISIOTEK 2000T ДЛЯ ПАССИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	16
<i>Волкова А.Е., Кабаев Р.В., Скребло В.Н.</i> УРОДИНАМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРОЛОГИИ.....	17
<i>Грищенко Е.В., Грищенко Т.В., Саливончик Е.И.</i> ОЦЕНКА ТАМПОНАДЫ НОСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ПВА ТАМПОНОВ.....	19
<i>Дедкова О.И., Барановская Ж.Б., Усова Н.Н.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕННОКСА-ГАСТО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА.....	20
<i>Дивович Г.В., Киселев О.В.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭКВИНО-ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ВЗРОСЛЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРАЛИЧАМИ.....	22
<i>Дорошкевич О. С.</i> ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В ЗОНЕ ФИБРОЗНО-СИНОВИАЛЬНЫХ КАНАЛОВ.....	24
<i>Дементьева Н.Н.</i> СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ БОЛЯХ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА.....	25
<i>Дмитриев Ю.В., Ачинович Н.В., Баровский А.Н., Шайдулин С.В., Ачинович С.Л.</i> СЛУЧАИ ДИРОФИЛЯРИОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	26
<i>Зимелихина И.Ф.</i> БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....	28
<i>Иваненко В.В., Дмитриев Ю.В., Предко С.Н., Денисевич Н.М.</i> ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ АНАПРИЛИНОМ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	29

Ключинская Л.В., Гончарова Е.В., Карпова С.Э. НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НО- ВОРОЖДЕННЫХ.....	31
Касим А.И., Ларкина М.В., Волковинский С.Ю. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПМР У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ В ГОКБ С 2013 ПО 2015 ГОДЫ.....	32
Ковалёва Д. А., Купченя С.В., Разуменко О.А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ ТОНКОИГОЛЬ- НОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ.....	33
Коваль С.Н., Кураченко А.М., Дашковская Е.А., Алексеева Л.А. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ.....	35
Коваль С. Н., Шестовец М. Ю. ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....	36
Ковальчук Л. С., Ковальчук Л. П. КОРРЕКЦИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОЗОНО-КИСЛОРОД- НОЙ СМЕСЬЮ.....	37
Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПО- МОЩЬЮ ОЗОНОТЕРАПИИ.....	39
Комешко Д.Н., Филиппчук Д.Г., Сергеенко С.М. ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ: ВОЗМОЖНЫЕ ПОТЕРИ, ОСОБЕННОСТИ РАБО- ТЫ.....	40
Корбут И.А., Прядихина И.А., Федюкова Л.Ю. РОЛЬ ЖЕЛЕЗ МОНТГОМЕРИ В ЛАКТАЦИИ.....	41
Корбут И.А., Федюкова Л.Ю., Прядихина И.А., Пашкевич Е.Н. РОЛЬ ДОРОДОВОЙ РН-МЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПА- ТОЛОГИИ.....	43
Корбут И.А., Калуга В.В., Кравченко А.И., Ворожун Ю.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИСТРЕПТАЗА» В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	44
Косс Ю.К., Хилькевич И.А. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА СЦЕПЛЕН- НОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО И РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРО- ВАНИЯ.....	46
Лашкевич Е.Л., Мальцева С.Е., Анискевич Т.В. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ У ПАЦИЕНТОК С НЕДОНАШИВАНИЕМ БЕ- РЕМЕННОСТИ.....	48
Лызигов А.А., Маслянский Б.А., Шубенок М.А., Маслянский В.Б., Кондратьева В.И. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ АДВЕНТИЦИИ.....	49
Лызигов А.А., Маслянский Б.А., Шубенок М.А., Маслянский В.Б. ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ГОКБ.....	52
Однокозов И.А., Саливончик Е.И., Харитонов А.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ВНУТРИГОРТАН- НЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ.....	53
Пикас О.Б. СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ФИБ- РОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	55
Пикас П. Б. ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА.....	56
	57

<i>Рубис Л.В., Гончарова Е.В., Карпова С.Э., Ключинская Л.В., Савченко О.И.</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РН.....	
<i>Русаленко О.А., Касим А.И., Кожан И.М., Кожан А.И.</i> ЛИТОТРИПСИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ МКБ.....	58
<i>Савченко О.И., Гончарова Е.В., Карпова С.Э.</i> ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ С РЕБЕНКОМ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	60
<i>Саливончик Е.И.</i> БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТИМПАНОПЛАСТИКИ 3 ТИПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ ПРОТЕЗОВ ЦЕПИ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК.....	61
<i>Тузова Л.М., Грибова А.И., Романова Т.В., Лось Н.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИКЛОСПОРИНОМ А.....	63
<i>Хмылко А.И., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лутков А.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ...	64
<i>Цитко Е.Л., Говрушко О.С.</i> ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКЭТОМИЙ.....	66
<i>Юбилеи</i> <i>Козик А.В., Филипчук Д.Г.</i> ОРГАНИЗАТОРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОМЕЛЬЩИНЫ – ЮБИЛЯРЫ 2016 ГОДА...	68

Д.М. АДАМОВИЧ, С.Ю. ГРОМЫКО, Г.А. ГАРАЕВА
**ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ БОЛИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У
ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ
ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА**

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит (ОА) встречается до 90 %, занимая первое место. Характерным признаком ОА является боль в области локализации воспаленного червеобразного отростка (правая подвздошная область, мезогастрий справа, над лоном справа). Классическая клиническая картина при ОА с симптомом перемещения болей – Кохера-Волковича [Т. Kocher, 1892; Н.М. Волкович, 1926] по литературным данным отмечается у 70% пациентов.

Цель: изучить частоту встречаемости симптома Кохера-Волковича у взрослых пациентов с ОА и его оценить его зависимость от расположения червеобразного отростка.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 127 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГОКБ с ОА в 2016 году. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты и обсуждение. За период 01.01.2016 – 22.08.2016 в ГОКБ было госпитализировано 127 пациентов с ОА. При поступлении уточнялись сроки заболевания, первоначальная область локализации боли. Мужчин было 68 (54%), женщин – 59 (46%). Средний возраст пациентов составил 32 года (24;48). ИМТ составил 25 (23;28). Пациенты поступали в среднем через 20 часов (11;30) от начала заболевания. Позже 24 часов поступили 42 (33%) пациентов. До поступления были осмотрены медработниками и отказались от госпитализации два (2%) пациента.

В зависимости от локализации первичной боли все пациенты были разделены на группы: 1) нелокализованная боль в животе или в мезогастрии; 2) боль в эпигастрии; 3) боль в правой подвздошной области; 4) боль в гипогастрии; 5) боль в поясничной области (таблица 1).

Все пациенты были прооперированы. У 9 (7%) пациентов на операции была выявлена катаральная (ОКА) форма воспаления червеобразного отростка и клиническая

картина была обусловлена острым неспецифическим мезаденитом, тифлитом, терминальным илеитом; у 86 (67%) – флегмонозная (ОФА), у 16 (13%) – гангренозная (ОГА), и у 16 (13%) - гангренозно-перфоративная с осложнениями (ОГАО).

Таблица 1. Группы пациентов с острым аппендицитом в зависимости от локализации первичной боли.

группы	1	2	3	4	5
показатели	n=41	n=47	n=28	n=10	n=1
Возраст, лет	33 (25;40)	31 (21;48)	33 (26;56)	33 (20;56)	29
Пол м/ж, %	24/17 59%-41%	22/25 47%-53%	13/15 46%-54%	8/2 80%-20%	1/0
Сроки заболевания, ч	18 (10;24)	20 (11;29)	22 (9;48)	28 (19;36)	22
Позже 24ч., n, (%)	10 (25%)	14 (30%)	11 (39%)	7 (70%)	0
Лейк, $\times 10^9/\text{л}$	13,1 (11,9;15,5)	14,6 (12,5;16,2)	14,9 (12,3;18,6)	17,4 (12,6;20,1)	10,1
ОКА, n=, (%)	2(4%)	3(6%)	3(11%)	1(10%)	0
ОФА, n=, (%)	31(76%)	33(71%)	15(54%)	6(60%)	1
ОГА, n=, (%)	4(10%)	9(19%)	1(4%)	2(20%)	0
ОГАО, n=, (%)	4(10%)	2(4%)	9(32%)	1(10%)	0
Типичное	17(41%)	23(49%)	19(68%)	4(40%)	0
Ретроцекальное	9(22%)	15(32%)	8(29%)	2(20%)	0
Илеоцекальный угол	5(12%)	4(9%)	0(0%)	1(10%)	1
Мезогастрий справа	2(5%)	2(4%)	1(4%)	0(0%)	0
Подпечечное	2(5%)	0(0%)	0(0%)	1(10%)	0
Малый таз	6(15%)	3(6%)	0(0%)	2(20%)	0

Выводы.

Каждый третий пациент отмечал первоначальную боль в эпигастрии и последующее перемещение ее в правую подвздошную область.

Типичному расположению ЧО в большей степени соответствовало появление первичной боли сразу в правой подвздошной области (68%), ретроцекальному – боль в эпигастрии (32%), в малом тазу (20%) - боль в гипогастрии.

Послесуточная обращаемость за медицинской помощью была отмечена у пациентов с гипогастральной локализацией первичной боли (70%).

Д.М. АДАМОВИЧ, Д.А. ПАВЛОВСКИЙ, А.С. ПРОДУХО СИМПТОМ КОХЕРА-ВОЛКОВИЧА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Острый аппендицит (ОА) остается одной из ведущих острых нозологических патологий, госпитализируемых в отделения хирургии. Диагностика его, в первую оче-

редь, основана на клинической картине и лабораторных показателях. Впервые подробно клиническая картина острого аппендицита была описана британскими хирургами Брайтом и Аддисоном в своём труде «Элементы практической медицины» (1839). Несмотря на достижения лабораторной и инструментальной диагностики острой хирургической патологии на современном этапе, клиническая диагностика не потеряла своего значения и сейчас. Важным диагностическим симптомом в скрининге является симптом перемещения болей – симптом Кохера (Кохера-Волковича).

Цель: изучить частоту встречаемости симптома Кохера-Волковича у взрослых пациентов с острым аппендицитом.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 127 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГОКБ с ОА в 2016 году. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты и обсуждение. За период 01.01.2016 – 22.08.2016 было госпитализировано 127 пациентов с ОА. При госпитализации пациенты осмотрены дежурным хирургом, выполнены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ). Уточнялись сроки заболевания, первоначальная локализация боли и локализация боли на момент госпитализации. С целью выявления измененного червеобразного отростка (ЧО), его расположения и дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии выполнено УЗИ органов брюшной полости 93% пациентам, в 47% случаев выявлены эхоскопические признаки острого аппендицита. Мужчин было 68 (54%), женщин 59 (46%). Средний возраст пациентов составил 32 года (24;48). ИМТ составил 25 (23;28). Пациенты поступали в среднем через 20 часов (11;30) от начала заболевания. Позже 24 часов поступило 42 (33%) пациента. До поступления были осмотрены медработниками и отказались от госпитализации двое (2%). Уровень лейкоцитоза составил в среднем $14,4 \times 10^9/\text{л}$ (12,1;16,6), гемоглобин – 140 г/л (128;149), эритроциты – $4,58 \times 10^{12}/\text{л}$ (4,05;5,00), тромбоциты – $185 \times 10^9/\text{л}$ (143;234).

При анализе жалоб с акцентом на первичную локализацию боли у поступивших пациентов выявлено, что 41 (32%) пациент отмечал нелокализованную боль по всему животу, либо в околопупочной области, в эпигастрии – 47 (37%), изначально в правой подвздошной области – 28 (22%), в гипогастрии справа – 10 (8%) и у одного – в мезогастрии справа с иррадиацией в поясничную область справа.

У 47 пациентов с локализацией первичной боли в эпигастрии средний возраст составил 31 (21;48) лет. Мужчин было 22 (47%), женщин 25 (53%). Сроки заболевания – 20 (11;29) суток. Позже 24 часов обратились 14 (30%) пациентов. Интраоперационно катаральная форма воспаления ЧО отмечена у трех (6%) пациентов, у 33 (71%) – флегмонозная, гангренозная – у 9 (19%) и у двух (4%) – гангренозно-перфоративная с осложнениями. Типичное расположение аппендикулярного отростка отмечено у 23 (49%) пациентов, у 15 (32%) – ретроцекальное, у 4 (9%) – за илеоцекальным углом, латеральнее восходящего отдела ободочной кишки (в мезогастрии справа) в восходящем направлении – у двух (4%) и у трех (6%) ЧО опускался в малый таз.

Все пациенты после операции были выписаны. Средний койко-день пребывания в отделении составил 7 (7;9) суток.

Выводы.

Клиника острого аппендицита у большинства пациентов имеет определенную клиническую картину, которая в сомнительных случаях подтверждается лабораторными и инструментальными методами обследования.

Характерный симптом классической клинической картины – симптом перемещения болей в исследуемой группе наблюдался у каждого третьего. При этом у двух

третьей пациентов была морфологически подтверждена флегмонозная форма ОА, с типичной локализацией аппендикулярного отростка у половины пациентов, либо его ретроцекальным расположением в трети случаев при наличии этого симптома.

С.Л. АЧИНОВИЧ, А.В. ТЕРЕШКО, Ю.В. НАГЛА, В.Э. НИТИШ
**ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО
РАКА ЛЕГКОГО**

Учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Рак легкого (РЛ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости Республики Беларусь и при первичном обращении у каждого четвертого пациента выявляется IV стадия рака с наличием отдаленных метастазов. РЛ часто метастазирует в лимфатические узлы (ЛУ), печень, надпочечники, кости, головной мозг [Суконко О.Г., 2013]. Редким вариантом метастаза является метастаз одной опухоли в другую: в литературе описано менее 20 случаев метастазирования РЛ в предсуществующую аденому надпочечника [Brian R.U., 2014].

Целью работы явилось изучение особенностей метастазирования мелкоклеточного рака легкого.

Материалы и методы. Была изучена медицинская документация и протоколы вскрытий 156 пациентов, находившихся на лечении по поводу рака легкого и умерших в У ГОКОД с 2001 по 2015 г и 7 месяцев 2016 г. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа данных «Statistica» 6.0. Образцы тканей фиксировались в 10% формалине, подвергались парафиновой проводке и окрашивались гематоксилин-эозином по общепринятой методике. Для подтверждения метастаза МКРЛ в аденому надпочечника применялось иммуногистохимическое исследование.

Результаты и обсуждение. Мелкоклеточный рак легкого (МКРЛ) составил 25 случаев (16%) среди других типов РЛ, при этом в 2001 г МКРЛ составил 9,5%, в 2015 г – 17,5%. Центральный МКРЛ был выявлен в 17 случаях (68%), периферический у 8 пациентов (32%). Распределение по полу: мужчины – 23 (92%), женщины – 2 (8%), ($p=0,001$). Медиана возраста – 58,5 (39;79) лет. Метастазы МКРЛ в во внутригрудных ЛУ наблюдались в 23 случаях (92%), в печени – 11 (44%), в надпочечниках – 10 (40%), в головном мозге – 4(16%). Вторичные опухоли скелета были отмечены в 5 случаях (20%), при этом метастатический процесс носил преимущественно полиоссальный характер. В 40% метастазы были выявлены в поясничных и ниже-грудных позвонках. Костные метастазы были остеолитического характера. Поражение плевры в сочетании с легочными метастазами определялось в 1 случае (4%). Метастазы МКРЛ в легкое с билатеральным поражением имели место в 2 случаях (8%). Метастазы МКРЛ в паренхиму одноименного легкого наблюдались в 5 случаях (20%), метастазы МКРЛ в противоположное легкое в 3 случаях (12%).

В качестве сопутствующего заболевания аденомы надпочечников были выявлены в 3 случаях (12%). В одном случае был выявлен редкий случай метастаза МКРЛ в аденому надпочечника. Приводим наблюдение: пациент С., 60 лет, поступил в У ГОКОД с подозрением на рак правого легкого с метастазами в печень. 27.07.2016. под контролем УЗ-луча была выполнена биопсия очага в печени. При гистологическом исследовании был диагностирован МКРЛ. Несмотря на проводимое лечение, наступила смерть, непосредственной причиной которой послужила легочно-сердечная недостаточность на фоне прогрессирования онкологического процесса. На вскрытии и при гистологическом исследовании в верхней и средней долях правого легкого был выявлен

узловато-разветвленный периферический рак 7×9×10 см с вращением в перикард, верхнюю полую вену, стенку восходящего отдела аорты, метастазами в корневые и междолевые лимфатические узлы справа, субкаринальные лимфоузлы, шейно-надключичные лимфоузлы слева, костный мозг грудины, правую и левую доли печени, микрометастазами в щитовидную железу, гипофиз. МКРЛ развился на фоне хронического обструктивного бронхита. В качестве сопутствующего заболевания была диагностирована аденома левого надпочечника: узел желтого цвета до 1,5 см. При гистологическом исследовании была выявлена светлоклеточная аденокортикальная аденома надпочечника с множественными микрометастазами мелкоклеточного рака легкого до 1 мм преимущественно в просветах венул и лимфатических сосудов, местами в стромальном компоненте. Метастазы МКРЛ в надпочечник были подтверждены при иммуногистохимическом исследовании: Synaptophysin+, Chromogranin A+, Ki-67=85%, Cytokeratin, clone MNF 116+(точечное специфическое dot-like окрашивание цитоплазмы), Vimentin –.

Выводы.

Мелкоклеточный рак является агрессивным вариантом рака легкого с тенденцией к раннему метастазированию.

Мелкоклеточный рак легкого в редких случаях может метастазировать в аденому надпочечника.

С.Л. АЧИНОВИЧ, А.В. ТЕРЕШКО, Ю.В. НАГЛА, В.Э. НИТИШ

СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Марлевые салфетки и инструменты, которые могут быть случайно интраоперационно «забыты» в брюшной полости, часто инкапсулируются. Чаще всего непреднамеренно оставленные интраоперационно инородные тела определяются в полости брюшины (46, 9%), причем преобладают тканевые (марлевые) – 72, 6%), металлические встречаются в 15, 1%, прочие – 12, 3%. Сроки нахождения инородных тел в брюшной полости (ИТБП) до их выявления и удаления составляют в 53, 3% случаев менее одного месяца и в 46, 7% – более длительные периоды времени. В марлевых инородных телах формируются выраженные воспалительные реакции с наличием гранулем, инкапсуляция и прорастание инородного материала грануляционной и соединительной тканью [Давидов М.И., 2005]. Случаи нахождения ИТБП через несколько лет после операции являются редкими и сложными в плане проведения дифференциальной диагностики.

Целью работы явилось изучение результатов дифференциальной диагностики и лечения ИТБП.

Материалы и методы. Была изучена медицинская документация 1 случая по данным онкологического абдоминального отделения У ГОКОД.

Результаты и обсуждение. Пациент Б., 69 лет, обратился в Жлобинское ТМО по поводу периодически возникающих болей в брюшной полости. При УЗ исследовании в левой подвздошной области была обнаружена внутрибрюшная опухоль без связи с органами брюшной полости. Пациент был направлен в ГОКОД. При поступлении 09.01.2015 г.: жалобы на периодические боли в брюшной полости. В анамнезе – аппендэктомия в Жлобинском ТМО в 1984 г (около 30 лет назад) по поводу острого аппендицита. Пациент перенес острый инфаркт миокарда в 2005 г, острое нарушение мозгового кровообращения в 2006 г. Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия II стадии, риск 2, хронический калькулезный холецистит, полипы слепой и сигмовидной кишки, дивертикулы ободочной кишки, ожирение 2 степени (вес -95 кг, рост -169

см, ИМТ= 32,8); кисты левой почки, глухота. В брюшной полости пальпируется плотное образование. В правой подвздошной области параллельно пупартовой связке белесоватый рубец до 11 см после аппендэктомии. АД 140/90 мм рт. ст., пульс 86 в минуту, частота дыхания – 16 в минуту. Консультация невропатолога: последствия перенесенного ОНМК, легкий правосторонний гемипарез. ЭКГ: ритм синусовый, 79 в минуту, ЭОС горизонтальная. Анализ крови от 08.02.2015.: эритроциты – $4,68 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 152 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$, (п-2, с-53, э-3, л-28, м-14), СОЭ-11 мм/ч, глюкоза крови 9,6 ммоль/л. УЗИ от 05.02.2015. В подвздошной области шаровидное образование до 7 см со спиралевидной структурой, более насыщенным центральным компонентом. Картина может соответствовать внеорганной паразитарной кисте. В верхнем полюсе левой почки киста 95 мм, в нижнем – 85 мм. МСКТ от 20.01.2015 г.: справа в подвздошной области между петлями тонкой кишки образование с признаками медленного роста (на предыдущем МСКТ от 29.07.2014 г. новообразование было размером 70×60 мм, стало – 78×61 мм). Новообразование имело гетерогенную структуру с признаками слоистого обызвествления и в центре с воздушной полостью. В почках – кисты размером до 95×85 мм. КТ-картина межкишечного патологического образования в правой подвздошной области (больше данных в пользу гидатидозного эхинококкоза). При гистологическом исследовании гастробиопсии от 27.01.2015 г. был выявлен хронический умеренно выраженный антральный гастрит 2-й степени активности. При колоноскопии от 23.01.2015 г. была выявлена эритематозная колопатия; полип сигмовидной кишки (тип IV), полип слепой кишки (тип I), дивертикулы ободочной кишки. При УЗ исследовании от 09.01.2015 г. в желчном пузыре размерами 50×19 мм в просвете – конкремент до 16 мм, стенка пузыря толщиной 4-5 мм, холедох диаметром 6 мм. Пациенту 09.02.2015. была произведена операция: удаление инородного тела брюшной полости, холецистэктомия, дренирование кист левой почки. Макропрепарат: желтоватый плотный узел 8,5×7×6,5 см, на разрезе слоистого строения, в центре – очаги кальциноза, остатки аморфных и волокнистых масс. При гистологическом исследовании диагностировано инкапсулированное инородное тело (марлевая салфетка). Случай представляет интерес из-за сложности дифференциальной диагностики при УЗ-исследовании и при лучевых методах исследования.

Выводы.

Дифференциальную диагностику инородных тел в брюшной полости следует проводить с первичными и метастатическими новообразованиями сальника и брюшины, гидатидозным эхинококком, некротизированной жировой подвеской толстой кишки.

Оставление операционного материала в брюшной полости относится к осложнениям, которые могут быть предотвращены при оптимальной организации работы по подготовке и проведению операции.

Н.Ф. БАКАЛЕЦ, П.Н. КОВАЛЬЧУК, Л.С. КОВАЛЬЧУК

МАГНИТО-ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

При терапии артериальной гипертензии (АГ) у пациентов пожилого возраста соблюдается правило малых доз антигипертензивных препаратов, так как вследствие особенностей фармакодинамики у них повышается возможность возникновения лекарственной интоксикации, фармакологической несовместимости, повышенной чувствительности к медикаментам, особенно при необходимости их длительного применения. Все это по-

служило основанием к внедрению в комплексное лечение магнито-лазерной терапии (МЛТ). В основе МЛТ лежат несколько механизмов: восстановление кислородтранспортной функции крови, нормализация реологических свойств крови и процессов перекисного окисления липидов, активация фермента NO-синтазы с образованием окиси азота.

Цель: показать эффективность медикаментозной терапии АГ у пожилых пациентов при включении в восстановительное лечение МЛТ.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов восстановительного лечения 159 пациентов с АГ II степени, риск 2 – 3: 103 (64,8%) мужчин и 56 (35,2%) женщин в возрасте от 55 до 70 лет (средний возраст — $59,5 \pm 2,0$ года) в условиях Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ. Длительность заболевания в среднем составила $8,5 \pm 0,5$ года. Средние цифры артериального давления (АД) составляли: систолического — $159 \pm 4,3$ мм рт. ст. и диастолического — $95 \pm 3,1$. Согласно дизайну исследования в зависимости от применяемой методики в восстановительном лечении АГ, данные лица были рандомизированы на 2 группы: в основной группе (ОГ), которую составили 129 чел., использовался курс надвенного магнитолазерного облучения крови (НМЛОК) в комплексном лечении. Контрольная группа (КГ) была представлена 30 пациентами с АГ без назначения курса МЛТ.

Все процедуры НМЛОК проводились с помощью отечественного лазеротерапевтического аппарата «Люзар–МП», по предложенной методике, утвержденной МЗ РБ. Продолжительность курса НМЛОК составила 12 процедур, ежедневно.

Результаты и обсуждение. Эффективность воздействия исследовали после 5, 12-й процедур. В группе пациентов, получавших МЛТ уже через 5 процедур отмечалась положительная динамика клинического состояния, что достоверно отличало этих пациентов от группы контроля. Трехнедельная курсовая терапия привела к значительному улучшению клинического состояния пациентов с АГ в ОГ в сравнении с таковым у пациентов КГ.

В группе пациентов, в комплексное лечение которых включалась МЛТ, общее состояние улучшалось уже через 3–5 дней, а снижение АД наблюдалось на 3–7 дней раньше, чем в КГ. Уже через 5 сут после начала проведения МЛТ у 76% обследованных отмечалось снижение уровней систолического и диастолического АД и частоты пульса, которые были значимыми у лиц ОГ. Дальнейший анализ результатов по окончании курса лечения свидетельствовал, что у всех пациентов клиническая симптоматика и показатели гомеостаза по многим параметрам имели явную положительную динамику. По данным проведенных обследований установлено достоверное улучшение общего состояния у 96% пациентов с АГ, которое было значительным у пациентов, получавших терапию с включением МЛТ. Так, у 38,0% пациентов ОГ головные боли, головокружение, ноющие боли в области сердца полностью прекратились к концу курса восстановительного лечения, а у 80 пациентов этой же группы (62,0%) отмечалась положительная клиническая динамика, что позволило снизить дозу принимаемых гипотензивных препаратов. В контрольной же группе дозу этих медикаментов удалось снизить только у 6 человек (20,0%). Кроме того, в ОГ выявлено достоверное уменьшение одышки (у 45,6% пациентов) и нестабильности АД (у 42,5%), а в КГ — только у 20,0%. Средние цифры систолического и диастолического АД к концу лечения составили 135 и 86 мм.рт.ст. Направленность изменений средних величин диастолического АД в процессе лечения в полной степени была достоверно выраженной у пациентов ОГ по сравнению с пациентами КГ.

Необходимо отметить, что у пациентов пожилого возраста, как правило, наблюдалась стойкость АГ, поэтому эффект МЛТ наблюдался в комплексе с гипотензивными пре-

паратами, причем последние использовались в меньших, чем обычно, дозах. При анализе лабораторных данных у лиц ОГ отмечено благоприятное влияние МЛТ на липидный спектр крови.

Выводы.

НМЛОК является высокоэффективным экономически выгодным и перспективным методом лечения;

Метод МЛТ способствует положительной динамике показателей АД, что снижает прогрессирование атеросклероза, вызывает нормализацию липидограммы сыворотки крови, а также снижение дозировки гипотензивных медикаментов.

В.И. БАТЮК, О.Г. ЖАРИКОВ, Д.Г. ГОРДЕЕВ СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Холедохолитиаз (ХЛ), как осложнение, встречается у 8-23% пациентов с желчекаменной болезнью. Частота резидуального ХЛ варьирует от 0,5% до 20%, а рецидивного – до 6%. В 80 – 85% осложняющим течение ХЛ является механическая желтуха, ухудшающая результаты лечения пациентов. Послеоперационная летальность пациентов, оперированных без предварительной билиарной декомпрессии, достигает 0,3 – 25,5%. Причем, у пациентов старше 60 лет на каждое последующее десятилетие жизни существует прогноз роста летальности в 2-3 раза. В связи с этим, большую актуальность приобрели малоинвазивные способы лечения, позволяющие добиться максимального результата при минимальной операционно-анестезиологической агрессии.

Многочисленные исследования ближайших и отдаленных результатов применения рентгеноэндоскопических лечебно-диагностических вмешательств указывают, что именно они являются «золотым стандартом» лечения ХЛ. В последнее время все большей признательностью пользуется двухэтапный подход к лечению ХЛ, осложненного механической желтухой и гнойным холангитом, включающий декомпрессию желчевыводящих путей с помощью малоинвазивных способов лечения на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов была признана оптимальным способом декомпрессии.

Цель исследования: изучить эффективность эндоскопических методов лечения пациентов с ХЛ в УГОКБ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопического лечения пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной ХЛ, находившихся на лечении в 1 и 2 хирургическом отделении УГОКБ за период 2013 – 2015 г.г. Общее количество пациентов составило 102 человека.

Результаты исследований. Среди пациентов было 72 женщины (70,6%) и 30 мужчин (29,4%). Возраст пациентов располагался в пределах от 24 до 93 лет, причем 65,7% составляли пациенты старше 60 лет. Диагноз ставился на основании: клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных данных (УЗИ, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), фистулография).

Было установлено, что из 102 пациентов: у 23 (22,5%) имелся изолированный ХЛ, у 79 (77,5%) вторичный (сочетание холецистолитиаза с холедохолитиазом). Из 79 пациентов с вторичным ХЛ у 8 (10,1%) имелся острый калькулезный холецистит, у 71 (89,9%) хронический калькулезный холецистит. У 72 пациентов (70,5%) ХЛ сопровождался механической желтухой. ЭПСТ из 102 пациентов удалось выполнить 88 пациен-

там (86,3%). В 31 случае (35,2%) эндоскопические вмешательства выполнялись как первый этап двухэтапного лечения ХЛ, у 5 пациентов (5,7%) – выполняли ЭПСТ интраоперационно, у 7 (7,9%) – послеоперационно. В 45 случаях (51,1%) пациентам выполняли ЭПСТ как самостоятельный и окончательный метод лечения. Невозможность выполнить ЭПСТ связана с парапапиллярным дивертикулом (28,6%), стриктурой холедоха 2 степени (28,6%), аденомой БДС (28,1%), операцией Бильрот 2 (7,4%), стеноз БДС (7,3%). Указанным пациентам были проведены классические открытые операции, включающие холедохолитотомию с наложением билиодигестивного анастомоза.

Основными критериями эффективности ЭПСТ являлись: достоверное постоянное снижение уровня билирубина в крови относительно исходного показателя, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела. Осложнения ЭПСТ наблюдали в 5,6% случаев: у 4 пациентов развилось кровотечение из папиллотомной раны, которое было остановлено эндоскопическим методом, в 1 случае образовалась парапапиллярная язва.

Выводы.

Эффективность эндоскопических транспапиллярных методов лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом в ГОКБ, составила 81,1%.

Учитывая, что основную группу пациентов с данной патологией составляют в двух третях случаев пациенты старше 60 лет, имеющие тяжелую сопутствующую патологию и высокую степень операционного риска при полостной операции, эндоскопические транспапиллярные методы лечения являются для них операцией выбора.

В.И. БАТЮК, И.П. СУШКИН, Т.А. РУЖЕНЦОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Сахарный диабет (СД) является актуальной проблемой современной медицины. Большая социальная значимость заболевания СД определяется высоким риском ранней инвалидизации. По данным ВОЗ на сегодня, в мире насчитывается более 150 млн больных СД и почти столько тех, у кого диабет не был еще диагностирован. Заболеваемость СД в Беларуси, также как и в мире, имеет ежегодный прирост на 5–7 %. Одним из наиболее распространенных и грозных осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), который формируется у 80% больных диабетом в течение 15-20 лет после манифестации и сопровождается гнойно-некротическими поражениями.

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения гнойно-некротических осложнений СДС в хирургическом отделении ГОКБ.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты ретроспективного анализа клинической документации 45 пациентов с диагнозом *сахарный диабет 1 и 2 типа, синдром диабетической стопы*. Возраст пациентов варьировал от 31 до 89 лет. Критерием отбора являлось наличие у пациентов гнойно-некротических осложнений СДС. Диагноз СДС пациентам с СД был выставлен на основании сбора анамнеза с учетом язвенных дефектов нижних конечностей, операций, жалоб, типичных для диабетической полинейропатии, осмотра ног. Выполняли лабораторные исследования крови и бактериологические исследования из гнойно-некротических очагов. Оценка состояния артериального кровотока проводилась с использованием ультразвуковой доплерографии.

рографии сосудов нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса для установления степени ишемии, транскутанной оксиметрии, рентгенографии стоп, электронейромиографии. По показаниям проводилось: ультразвуковая доплерографию с цветным картированием для диагностики сопутствующего атеросклероза магистральных артерий, рентгенологическое исследование стопы в 2-х стандартных проекциях.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе мужчин было 25 (55,5%), женщин – 20 (44,5%). Основную группу (93%) составили пациенты в возрастной категории от 40 до 75 лет. В исследуемой группе у 40 (88,9%) пациентов был СД II типа, средняя длительность заболевания у них составила 10 лет. Причем максимальная длительность 29 лет и впервые выявленный сахарный диабет у 5 пациентов. Пациенты с СД I типа было 5 (11,1%), средняя длительность заболевания 25 лет (минимальная длительность заболевания 14 лет, максимальная - 31 год). Нейропатическая форма СДС установлена в 4 случаях. Ишемическую форму в «чистом» виде наблюдали у 5 пациентов. Нейроишемическая, или смешанная форма составила 36 случаев.

Все пациенты были распределены по данным локального статуса согласно классификации гнойно-некротических поражений СДС (F.W. Wagner (1987), в модификации В.М. Бенсмана (2009) включающей 5 степеней глубины поражения. Прегангрена стопы без гнойно-некротических изменений – 0 степень, диагностирована у 1 пациента. Поверхностная язва, захватывающая эпидермис и дерму – 1 степень, установлена у 8 (17,8%) пациентов. Язвенно-некротический дефект с вовлечением подкожной жировой клетчатки, связок, сухожилий и мышц без вовлечения в процесс костной ткани – 2 степень, диагностирована у 7 (15,6%) пациентов. Глубокое поражение тканей с вовлечением костей и развитием остеомиелитического процесса, гнойных артритов, глубоких абсцессов и флегмон – 3 степень отмечена у 8 (22,3%) пациентов, ограниченная гангрена пальцев или части стопы – 4 степень у 15 (33,3%) пациентов, 5 степень – распространенная гангрена, захватывающая два или все три отдела стопы, была у 6 (13,4%) пациентов.

Всего было прооперировано 37 (82,3%) пациентов с данной патологией. Оперативный метод был преимущественно основным в лечении больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС. При этом использовали консервативные методы лечения: коррекция углеводных нарушений, рациональная антибиотикотерапия (цефалоспорины 3–4 поколения, карбапенемы в сочетании с метронидазолом), коррекция гомеостаза, применение ангиопротекторов, антигипоксантов, дезагрегантов и нейротропных средств, симптоматическая терапия, методы экстракорпоральной детоксикации, квантовая терапия, оксигенотерапия и фотодинамическая терапия. Выполнены следующие операции: ампутация пальца с головкой плюсневой кости – 14 (37,8 %) пациентов; ампутация стопы по Шарпу - у 1 пациента; ампутация конечности на уровне голени были выполнены у 3 (8,1%) пациентов; ампутация на уровне бедра - у 5 (13,6 %) пациентов; некрэктомия - у 6 (16,2 %) пациентов, остеонекрэктомия у 1 пациента, вскрытие глубоких абсцессов стопы и гнойных затеков у 6 (16,2 %) пациентов. Летальных случаев в исследуемой группе не было.

Вывод.

Лечение синдрома диабетической стопы – сложное и многоэтапное, в основе которого на современном этапе лечения стоит решение вопроса о возможности и целесообразности сохранения опорной функции конечности.

Е.В. БОРСУК

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА FISIOTEK 2000T ДЛЯ ПАССИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Контрактура коленного сустава (от латинского *contractio* – связываю) – стойкое ограничение движений, обусловленное травмой, врожденным пороком развития, воспалением, дегенеративно-дистрофическим процессом или продолжительной иммобилизацией. Является достаточно широко распространенной патологией, нередко становится причиной ограничения трудоспособности и выхода на инвалидность. Реабилитация пациентов с контрактурой коленного сустава длительный, непрерывный и многоэтапный процесс. Цель реабилитации – оптимальное восстановление функций сустава и статической функции конечности в целом, приобретение самостоятельности в быту, способности к профессиональной деятельности.

Важное место в реабилитации пациентов с травмами нижних конечностей занимает механотерапия. Использование аппаратов для механотерапии позволяет восстановить подвижность в суставах (аппараты маятникового типа и аппараты для пассивной реабилитации), облегчить движения и укрепить мышцы (аппараты блокового типа), повысить общую работоспособность (тренажеры).

Материалы и методы. Для пассивной реабилитации нижних конечностей в кабинете ЛФК ГОКБ с 2015 года используется аппарат Fisiotek 2000T (RIMES Италия). Аппарат предназначен для пассивной реабилитации коленного, голеностопного и тазобедренного суставов у пациентов с длиной нижней конечности от 72 до 100 см (рост 150-200см), а использование дополнительного приспособления для удлинения конечности позволяет разрабатывать коленный сустав при длине ноги 60-72 см.

Время процедуры можно было изменять от 1 до 60 минут. Электронные карты памяти сохраняли параметры различных режимов работы у разных пациентов.

Материалом для работы послужили истории болезни и карты лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (форма №042/у) пациентов, проходивших лечение на аппарате Fisiotek 2000T за период января 2015г. - июль 2016г.

Результаты и обсуждение. За вышеуказанный период на аппарате Fisiotek 2000T прошли реабилитацию 44 пациента ортопедо-травматологического отделения ГОКБ (см таблицу 1).

Таблица 1 – Показатели лечения на аппарате Fisiotek 2000T

Показатели	Периоды		Всего
	2015 год	январь – июль 2016	
ТЭКС (второй и третий этап реабилитации)	10	6	16
Последствия переломов костей нижних конечностей	4	5	9
Диагностическая артроскопия и менискэктомия	3	1	5
Другие травмы и заболевания коленного сустава	6	5	11
Всего механотерапия коленного сустава	23	17	40
Посттравматические контрактуры голеностопного сустава	3	1	4
Всего механотерапия голеностопного сустава	3	1	4
Итого	26	18	44

За этот период реабилитацию на аппарате Fisiotek 2000T прошли 44 пациента ортопедо-травматологического профиля. Из них 40 пациентам (91%) проводилась механотерапия коленного сустава и лишь 4 (9%) – механотерапия голеностопного сустава. Из общего числа пролеченных пациентов женщин было 33 человека (75%), мужчин – 11 (25%). Средний возраст пациентов составил 52,8 года. У при чем самому юному пациенту исполнилось 7 лет, самой возрастной пациентке 78 лет. Средняя продолжительность лечения на аппарате Fisiotek 2000T составила 8,9 дней. Во всех случаях механотерапия проводилась после комплекса лечебной гимнастики, в 90% сочеталась с другими физиотерапевтическими воздействиями (теплолечение, лазеро-магнитотерапия, электролечение, массаж и другие). Одной из пациенток (контрактура коленного сустава II-III степени после остеосинтеза бедра пластиной) теплолечение проводилось одновременно с механотерапией: по достижении максимального угла сгибания аппарат останавливался в этом положении, пациентке накладывался парафин на 15-20 мин, а затем продолжалась механотерапия с увеличением угла сгибания на 3-4 градуса.

У 37 пациентов имелась разгибательная контрактура коленного сустава, у троих – сгибательно-разгибательная. При поступлении на ЛФК угол активного сгибания был более 90° у 13 пациентов, после реабилитации 92% достигли максимального угла сгибания 110°. При угле активного сгибания 89°-80° (11 человек) максимального угла сгибания достигли 64% (7 человек). Среди пациентов с начальным углом сгибания менее 80° этот показатель составил только 37% (6 из 16 человек), при том, что четверо из шести пациентов получили более 20 процедур. Максимальное увеличение угла сгибания составило 60° (с 50° до 110°) за 22 процедуры.

При разработке контрактур на аппарате Fisiotek 2000T не возникало ухудшения (усиления боли, увеличения тугоподвижности) после первых процедур, что нередко происходит на аппаратах маятникового типа. Аппарат позволяет задать все необходимые параметры индивидуально для каждого пациента, а также изменять их в процессе работы. Главное научить персонал правильно располагать конечность на аппарате и правильно дозировать нагрузку, при этих условиях аппарат «умный», всё сделает сам. Плавное увеличение нагрузки и возможность самостоятельно остановить аппарат позволяет пациентам максимально расслабить мышцы, не бояться возможной боли. Наличие электронных карт памяти позволяет быстро программировать аппарат, сохраняя заданные параметры.

Выводы.

Результаты исследований показали высокую эффективность аппарата Fisiotek 2000T в современной реабилитации при контрактурах суставов нижних конечностей.

Раннее начало реабилитации, непрерывность, комплексность, индивидуальный подход способствует более раннему восстановлению функций суставов, позволяет ускорить медико- социальную реабилитацию пациентов.

А.Е. ВОЛКОВА, Р.В. КАБАЕВ, В.Н. СКРЕБЛО

УРОДИНАМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРОЛОГИИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Уродинамические методы обследования являются методом динамической оценки накопительной и эвакуаторной функций мочевого пузыря и предназначены для воспроизведения симптомов нижних мочевых путей, установления их причины, количественной оценки уродинамических параметров, и, в итоге, для подтверждения клинического или формулировки уродинамического диагноза, а также выбора тактики лече-

ния, оценки его эффективности, определения прогноза заболевания. В последние годы возрос интерес к проблеме нарушений уродинамики нижних мочевых путей. Это связано с исключительной распространенностью врожденных и приобретенных заболеваний и патологических состояний этого отдела мочевого тракта у детей и взрослых, их ролью в происхождении расстройств акта мочеиспускания, пузырно-мочеточникового рефлюкса, мегауретера, пиелонефрита, цистита, хронической болезни почек.

На сегодняшний день в урологическом отделении ГОКБ применяются следующие методы исследования уродинамики нижних мочевых путей: урофлоуметрия, цистометрия.

Целью данной работы является отразить результаты обследования пациентов, предъявляющих жалобы на нарушения акта мочеиспускания, недержание мочи (ургентное, стрессовое), страдающих нейрогенной дисфункцией нижних мочевых путей с помощью уродинамических методов исследования.

Материалы и методы. За 2009-2011г.г. в урологическом отделении ГОКБ был обследован 191 пациент с вышеуказанной патологией. Исследования проводились на аппарате «Phoenix plus» английской фирмы «Albynmedical». Критериями включения в исследования являлись пациенты с нарушением акта мочеиспускания, пациенты с симптомами нижних мочевых путей, пациенты неврологического профиля (демиелизирующие заболевания нервной системы), любой вид недержания мочи, спинальные пациенты, особенно с частой рецидивирующей инфекцией мочевых путей.

Результаты и обсуждения. Из 138 взрослых (в возрасте 16-72 лет) женщин было 61, мужчин – 77. Было 33 ребенка в возрасте от 5 до 15 лет, из них мальчиков – 13, девочек – 20. Пациентам проводились: неинвазивные методы исследования всем пациентам (дневник мочеиспускания, УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи), урофлоуметрия – 98 исследований; инвазивные методы (жидкостная ретроградная цистометрия – 134 исследования, исследование «давление-поток» - 20).

При урофлоуметрии выявлено: нормальный тип мочеиспускания – 44 случая, обструктивный тип мочеиспускания – 48, детрузорно-сфинктерная диссинергия – 14 случаев. При жидкостной цистометрии выявлено: норморефлексия детрузора – 63 случая, терминальная идиопатическая гиперактивность детрузора в сочетании с ургентным недержанием мочи – 6, терминальная идиопатическая гиперактивность детрузора в сочетании с ПМР – 2, терминальная нейрогенная гиперактивность детрузора в сочетании с ПМР – 3, терминальная нейрогенная гиперактивность детрузора в сочетании с ургентным недержанием мочи – 10. Выявлена фазовая гиперактивность детрузора идеопатическая в сочетании с ургентным недержанием мочи – 8 случаев, фазовая гиперактивность детрузора идеопатическая в сочетании с ПМР – 1, нейрогенная фазовая гиперактивность детрузора в сочетании с ПМР – 4 случая, в сочетании с ургентным недержанием мочи-20 случаев. Гипоконтрактивный мочевой пузырь-6 случаев. В одном случае такая патология сочеталась с двухсторонним мегауретером. При проведении исследования «давление-поток» выявлено 9 случаев нарушения мочеиспускания вследствие мионейрогенной релаксации детрузора, в 14 случаях нарушения мочеиспускания были связаны с инфравезикальной обструкцией. Наиболее значимым симптомом, который выявляется при УЗИ является гиперактивность детрузора, особенно в сочетании с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (6 пациентов) т.е. у таких пациентов имеет место т.н. «опасный мочевой пузырь» - если накопление мочи происходит при пузырном давлении выше 40 см H₂O, то значительно повышается риск вторичного поражения верхних мочевых путей (ВМП)

Повышается риск вторичного поражения ВМП, если мочеиспускание происходит при пузырном давлении выше 50 см H₂O.

Выводы.

Уродинамическое исследование должно являться неотъемлемой частью алгоритма обследования пациентов с различными заболеваниями, имеющими симптомы нарушения функции нижних мочевых путей, т.к. оно позволяет лучше дифференцировать нарушения фаз наполнения и опорожнения мочевого пузыря, что повлияет на определение правильной тактики лечения.

У большей половины пациентов с инфравезикальной обструкцией выявляется гиперактивность детрузора, что создает условия для развития проблем верхних мочевых путей - от пузырно-мочеточникового рефлюкса (17,9%) до уретерогидронефроза (27,2%) и хронической почечной недостаточности (9,2%). У половины пациентов расширение верхних мочевых путей развивается на фоне гиперактивности детрузора, а у почти 80% пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом это может быть основным патогенетическим звеном его развития.

Уродинамическое исследование позволяет диагностировать различные формы недержания мочи и правильно определить тактику лечения обследованных пациентов.

В организованной популяции частота нарушений мочеиспускания наблюдалась у двух третей женщин в возрасте 40-77 лет. Наблюдалась связь между тяжестью урогенитальных расстройств и длительностью постменопаузы: при увеличении длительности постменопаузы более 10 лет частота стрессового недержания мочи снижалась и увеличивалась частота ургентного недержания мочи. Заместительная гормонотерапия при этом являлась патогенетической для пациентов в климактерическом периоде.

Нарушения уродинамики нижних мочевых путей зафиксированы у 96% больных рассеянным склерозом в различные сроки от начала заболевания. В ходе диагностики уровня поражения при неврологическом заболевании и типа расстройств мочеиспускания помимо рутинных методов включение в алгоритм обследования уродинамических исследований нижних мочевых путей позволяет дифференцированно подойти к симптоматическому лечению.

Е.В. ГРИЩЕНКО, Т.В. ГРИЩЕНКО, Е.И. САЛИВОНЧИК **ОЦЕНКА ТАМПОНАДЫ НОСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ** **СОВРЕМЕННЫХ ПВА ТАМПОНОВ**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Одна из наиболее частых патологий в практике врача-оториноларинголога – носовые кровотечения. Тампонада носа - традиционный метод остановки носового кровотечения, однако он является достаточно травматичным для слизистой оболочки полости носа и приводит к нарушению функции мукоцилиарного транспорта, вызывает у пациентов значительные болевые ощущения. Удаление тампона из носа также болезненно для пациентов.

Качественное и количественное измерение боли необходимо для уточнения объема обезболивающей терапии и качества жизни пациента.

Цель исследования: оценить влияние тампонады носа с использованием марлевых тампонов по сравнению с тампонами из поливинилалкоголя (ПВА-тампонов) на степень болевых ощущений в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 63 пациента, прооперированных в условиях оториноларингологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» по поводу искривления носовой перегородки за период 2014-2015 г.г. Все пациенты были разделены случайным образом на две группы – основную (30 пациентов) и контрольную (33 пациента). В основной группе для тампо-

нады использованы тампоны из поливинилалкоголя анатомической формы длиной 8 см, в контрольной - марлевая турунда шириной 1 см и длиной 1 м. Тампоны удерживали в полости носа в течение 3х суток. Достоверных различий среди пациентов обеих групп по возрасту и полу не было.

Для оценки влияния марлевого и ПВА-тампонов на степень болевых ощущений в послеоперационном периоде в течение трёх дней использовался болевой опросник Мак-Гилла, получивший наибольшее распространение в клинике среди тестов, позволяющих оценить боль. Опросник Мак-Гилла представляет собой анкету, содержащую различные характеристики боли. Опросник содержит 20 позиций со словами, разделёнными на группы, определяющие субъективную оценку боли пациентом, воздействие боли на психику пациента, степень выраженности болевых ощущений и потребность в обезболивании.

Результаты и их обсуждение. Анализ опросников интервьюированных пациентов показал следующие результаты. Пациенты, имеющие тампонаду с использованием марлевого тампона, в течение трех суток ощущали боль колющего, сжимающего, растягивающего, щемящего характера, которая утомляет, обессиливает, в большинстве случаев вызывает чувство тошноты, также характеризуют ее как сильную боль, боль-мучение. Данная группа пациентов требовала обезбоживания в течение трех суток от 1 до 3-х раз.

Пациенты, имеющие тампонаду ПВА тампонами, ощущали давящую, ноющую боль, преимущественно чувство распираания, характеризовали её как умеренную боль, которое утомляет, является болью-помехой. Обезбоживание требовалось от 0 до 2 раз в сутки.

Выводы.

Выполнение передней тампонады пациентам после подслизистой резекции носовой перегородки имеет свои преимущества по сравнению с классической передней тампонадой с позиции оценки болевых ощущений пациентами и потребности в обезбоживающих препаратах.

При использовании ПВА-тампонов оказывается более щадящее воздействие на психоэмоциональное состояние пациентов.

Клинический случай

О.И. ДЕДКОВА, Ж.Б. БАРАНОВСКАЯ, Н.Н. УСОВА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕННОКСА-ГАСТО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Синдром Леннокса-Гасто (миоклонически-астатическая эпилепсия, СЛГ) представляет собой комбинацию, включающую атипичные абсансы, тонические судороги, атонические или астатические судороги (dropattacks), задержку умственного развития и медленные спайк-волны на ЭЭГ с началом заболевания в возрасте 1-5 лет. У маленьких детей заболевание обычно начинается с эпизодов внезапного падения. В школьном возрасте поведенческие нарушения могут также являться признаком заболевания наряду с приступами падения. Вскоре присоединяются более частые судороги, эпизоды эпилептического статуса, прогрессивное нарушение интеллекта и нарушения личности. В возрасте 6 лет у большинства детей развивается задержка умственного развития в той или иной степени выраженности. С возрастом тип судорог часто меняется. В большинстве случаев приступы падения сменяются на парциальные, сложные парциальные или

вторично-генерализованные припадки. Среди подростков наиболее часто встречаются сложные парциальные припадки.

Распространенность синдрома 0,1-0,28 на 1000 в Европе. Частота встречаемости у детей примерно 2 на 100 000. Мальчики заболевают чаще девочек. Смертность составляет от 3% до 7%. Смерть чаще всего ассоциирована с несчастными случаями во время припадков [2].

Цель: провести анализ клинического случая синдрома Леннокса-Гасто вследствие перенесенного вирусного энцефалита.

Материалы и методы. Проведен анализ выписок из историй болезни, данных лабораторных исследований, нейровизуализации, результатов консультаций смежных специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пациентка И., 6 лет, поступила в детское неврологическое отделение ГОКБ в январе 2016 г. Со слов матери ее беспокоили приступы различного характера: в виде замираний, длительностью до 10 секунд, до 50 раз за день; единичные и серийные резкие наклоны головы вперед с разведением рук в стороны и последующей кратковременной фиксации взгляда в одну точку; в виде напряжения и вытягивания рук с наклоном туловища, иногда ребенок падал на спину до 10 раз за день, чаще утром; приступы тонического напряжения в конечностях без потери сознания длительностью до 1 минуты, 2-3 за ночь. Также мать указывала на отсутствие речи, задержку психического развития, нарушение функции правых конечностей.

Из анамнеза заболевания: болеет с 1 года 1 месяца, когда на фоне ОРВИ (температура тела до 38°C, насморк) развились судорожные подергивания мышц лица и конечностей. Ребенок был госпитализирован в детскую больницу с диагнозом: вирусный энцефалит, судорожный синдром, правосторонний гемипарез. Длительное время принимала Депакин, который комбинировался с различными препаратами: Клоназепам, Финлепсин, Ламиктал, Бензонал, Кеппра. Последняя госпитализация в детское неврологическое отделение ГОКБ в августе 2015 года, лечение: Депакин-хроно, Фенобарбитал, Ламиктал. Настоящая госпитализация связана с ухудшением состояния.

История жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей нормально, роды срочные, проходили естественным путем. На первом году девочка росла и развивалась нормально. Привита по индивидуальному календарю.

На момент поступления: Рост 106 см. Вес 16 кг. Общее состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое, пониженного питания. В соматическом статусе без патологии.

Неврологический статус: Сознание ясное, настроение тревожное. Выполняет простые инструкции. Активной речи нет. Произносит отдельные звуки. Глазные щели, зрачки D=S, реакция зрачков на свет живая, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Сглажена правая носогубная складка, гиперсаливация, язык в полости рта, ест протертую пищу, поперхивается жидкой, не говорит. Мышечный тонус повышен в правой верхней конечности по спастическому типу, в правой нижней — повышен в дистальных отделах. Мышечная сила в правых конечностях снижена до 3 баллов. Тугоподвижность в правом локтевом и голеностопном суставах. Игрушки берет только левой рукой, активные движения в правой руке минимальны. Глубокие рефлексy D>S, оживлены. Рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. Походка гемипаретическая с переразгибанием в правом коленном суставе, варусной установкой правой стопы. Укорочение правой верхней конечности на 3 см. Правая ягодица, бедро голень тоньше левых. Менингеальных знаков нет.

Результаты лабораторных методов обследования – без особенностей. Консультирована офтальмологом (фоновая ангиопатия сетчатки) и логопедом (задержка психического развития, моторная алалия). На компьютерной томограмме головного мозга от 04.12.2015: картина кистозно-рубцовых изменений в обеих гемисферах головного мозга. Гидроцефально-атрофические изменения вещества головного мозга. При электроэнцефалографии от (20.12.2015) выявлена на фоне выраженных изменений в виде возрастной дизритмии эпилептиформная активность с преобладанием в левой лобно-височной области.

На основании клинических данных пациентке выставлен диагноз: Симптоматическая эпилепсия (синдром Леннокса-Гасто) с наличием частых ежедневных резистентных единичных и серийных тонических, миоклонических, атонических приступов, псевдоабсансов, правостороннего гемипареза на фоне атрофических изменений вещества головного мозга вследствие перенесенного вирусного энцефалита (октябрь 2009г.).

Проведено лечение: Депакин-хроно 30 мг/кг/сут, Фенобарбитал 2,5 мг/кг/сут, Ламиктал 5 мг/кг/сут; Дексаметазон 4,5 мг/кг/сут; Омепразол; Диакарб; Аспаркам.

На фоне лечения отмечается улучшение состояния с уменьшением количества и выраженности приступов.

Заключение.

В данном случае клиническая картина синдрома Леннокса-Гасто протекала по классическому варианту с наличием тяжелого этиологического фактора, полиморфных приступов, задержки психического развития, что и было подтверждено результатами инструментальных исследований.

В этом случае применение разнообразных антиэпилептических препаратов происходило с недостаточным периодом адаптации пациента к ним, что опередило неустойчивый клинический эффект от проводимой терапии и требовало частой коррекции. Это указывает на необходимость соблюдения основных принципов лечения эпилепсии: раннее начало, постоянство, длительность и контроль лечения в динамике.

Г.В. ДИВОВИЧ, О.В. КИСЕЛЕВ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭКВИНО-ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ВЗРОСЛЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРАЛИЧАМИ.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Пациенты со спастическими параличами обращаются к ортопедам, когда паралитические явления (ДЦП, нейроинфекции, НМК, травмы и врожденная патология ЦНС) превратились в стойкие последствия заболевания ЦНС. Результаты ортопедического лечения таких пациентов далеки от восстановления нормальной функции нижних конечностей, но сами пациенты высоко оценивают даже небольшие положительные сдвиги в своих функциональных возможностях – значительно улучшается их качество жизни. Приобретение подвижности ликвидирует чувство неполноценности и бесполезности существования. Задачи лечения данной патологии – обеспечение подошвенной опороспособности стоп и функциональной кинематики нижних конечностей. Основной дефект ног при спастических параличах – стойкая эквино-варусная деформация стоп (косолапость). Кроме того, встречаются порочные контрактуры в коленных и тазобедренных суставах, стойкая деформация пальцев, что значительно затрудняет подбор обуви у пациентов. Наиболее рациональным методом лечения последствий спастических параличей является операция трехсуставного артродеза стопы, заключающаяся в

корректирующей резекции подтаранного и Шопарова суставов с целью артродезирования. В арсенале ортопедов имеется несколько методик трехсуставной резекции, наиболее подходящим способом резекции является операция Ламбринуди.

Цель: проанализировать результаты выполнения трехсуставного артродеза стоп у пациентов со спастической косолапостью.

Материалы и методы. С января 2013 года по сентябрь 2016 года в ортопедо-травматологическом отделении ГОКБ было проведено 7 операций трехсуставного артродеза по поводу грубой эквино-варусной деформации стоп 8 пациентам (один случай 2-сторонней патологии). Средний возраст пациентов составил 25,1 года. Право- и левостороннее поражение встречалось одинаково часто. Всем пациентам выполнялось удлинение ахиллова сухожилия и рассечение подошвенного апоневроза. Оперативное вмешательство выполнялось классическим открытым способом из тыльно-наружного доступа с широким вскрытием подтаранного и Шопарова суставов, вывихиванием стопы кнутри, резекцией костей с учетом коррекции деформации и фиксацией спицами с последующей иммобилизацией в течение 3-х месяцев. По показаниям производились: редрессация пальцев стоп, удлинение сухожилий разгибателей пальцев, остеотомия 1-й плюсневой кости, рассечение сухожилий сгибателей голени, пересечение приводящих мышц бедра и субспинальная миотомия. В постиммобилизационном периоде обязательно проводилось реабилитационное лечение.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции трехсуставного артродеза на одной стопе составила 60-90 минут, средний срок пребывания пациента в стационаре — 10,2 дня. Оценку результатов по 5-балльной шкале у 6 пациентов проводили путем динамического осмотра на основе исследования формы стопы, движений стопы, опороспособности конечности, походки, наличия рецидива деформации. Сроки наблюдения – от 1 до 3 лет после операции.

Таблица. Оценка результатов лечения спастической косолапости

Характеристики	Пациенты (пол, возраст)						Средняя оценка
	1 (м) 27 лет	2 (м) 29 лет	3 (м) 22 года	4 (ж) 19 лет	5 (ж) 28 лет	6 (ж) 26 лет	
Тыльная флексия стопы (°)	80°	85°	95°	90°	85°	90°	Диапазон движений 22,5° – функционально выгодный (средняя оценка 4,33)
Подошвенная флексия стопы (°)	110°	115°	110°	115°	110°	120°	
Форма стопы (подбор обуви)	4	5	3	4	5	4	4,16
Подошвенная опороспособность	5	5	4	5	5	5	4,83
Улучшение походки	5	4	4	4	4	4	4,16
Наличие рецидива	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Итоговый балл	4,66	4,66	3,66	4,33	4,66	4,33	4,38

По данным таблицы прослеживаются следующие позиции: диапазон двигательной активности в голеностопном суставе у всех пациентов достаточен для нормальной подошвенной опороспособности стопы, все пациенты довольны улучшением походки: 4 человека заменили 2 костыля на трость, 2 ходят без средств дополнительной опоры. Не наблюдалось рецидивирования деформаций стоп.

Выводы.

1. Применение операции трехсуставного артродеза у пациентов со стойкими последствиями заболеваний ЦНС в виде эквино-варусной деформации стоп является

методом выбора.

2.Выполнение этого оперативного пособия позволяет добиться значительного функционального улучшения опороспособности и кинематики нижних конечностей у пациентов с косолапостью неврологического генеза.

3.Существует потребность разработки техники резекционного оперативного пособия из минидоступов с целью создания условий для сохранения более широкого диапазона движений в голеностопном суставе у пациентов со стойкой эквино-варусной деформацией стоп.

О.С. ДОРОШКЕВИЧ

ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В ЗОНЕ ФИБРОЗНО-СИНОВИАЛЬНЫХ КАНАЛОВ

ГУЗ «Гомельская клиническая больница скорой медицинской помощи»

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Травмы сухожилий сгибателей пальцев кисти составляют 3% от общего числа повреждений кисти. После первичного хирургического восстановления в зоне фиброзно-синовиальных каналов неудовлетворительные результаты наблюдают в 37,8–47% случаев, а после отсроченного или вторичного шва – в 84% случаев, что обусловлено срастанием сшитых сухожилий глубоких сгибателей пальцев со стенками каналов. Это приводит к формированию стойких контрактур суставов пальцев кисти и необходимости повторных операций тенолиза.

Целью данной работы явилось изучение традиционной техники хирургического лечения застарелых повреждений сухожилий глубоких сгибателей пальцев кисти на уровне фиброзно-синовиальных каналов и сравнение ее с новым оригинальным способом реконструкции сухожилий.

Материалы и методы. Использованы данные историй болезней и наблюдений 24 пациентов, перенесших за период с января 2013 по июль 2016 года в ортопедо-травматологическом отделении ГОКБ операции восстановления сухожилий глубоких сгибателей пальцев кисти при застарелых повреждениях в зоне фиброзно-синовиальных каналов. Из них 19 человек перенесли операции вторичного шва 23 сухожилий глубоких сгибателей, 5 человек – операции вторичного шва 6 сухожилий с временной изоляцией их рассеченной трубкой из поливинилхлорида.

Результаты и обсуждение. Опыт традиционных операций вторичного шва сухожилий сгибателей пальцев в зоне фиброзно-синовиальных каналов показал, что срастание сухожилий происходит путем формирования сухожилиеподобной ткани в узком пространстве между концами сухожилия. Одновременно с этим организация окружающего сухожилие кровяного сгустка и иммобилизация в течение 4–5 недель после операции неизбежно приводят к замещению пространства канала рубцовой тканью, срастанию его стенки с сухожилием и формированию теногенной контрактуры суставов пальца. Спустя 4–6 месяцев после вторичного шва стойкие контрактуры пальцев и дефицит объема движений более 45 % отмечены у 15 пациентов (17 пальцев). Операции тенолиза с согласия пациентов выполнены на 5 сухожилиях. При ревизии области швов и фиброзно-синовиальных каналов выявлены отсутствие просвета каналов и грубые соединительнотканые спайки, блокирующие свободное скольжение сухожилия.

Вторичный шов 6 сухожилий с временной изоляцией их рассеченной трубкой из поливинилхлорида выполнен в соответствии с разработанным нами способом. Пациентам выполняли две операции во время первой из которых сухожилие сшивали и изолировали продольно рассеченной трубкой из поливинилхлорида на протяжении костно-

фиброзного канала пальца. После операции осуществляли стандартную иммобилизацию пальца в течение 4 недель. Затем во время второй операции после местной анестезии из небольшого разреза в области дистальной ладонной складки изолирующую трубку удаляли. Активные движения пальцем без сопротивления разрешали сразу после операции. В результате лечения новым способом у всех пациентов в среднем через 2 недели после второй операции был восстановлен полный объем движений в суставах пальцев, а через 3,5 месяца восстановлена трудоспособность.

Новый способ восстановления сухожилий более эффективен, поскольку трубка из биоинертного синтетического материала препятствует контакту сухожилия со стенкой канала и тем самым обеспечивает формирование канала без рубцовых сращений. Вместе с тем участок трубки в зоне ее рассечения обеспечивает соприкосновение тыльной поверхности сухожилия со стенкой канала. Через этот участок происходит врастание сосудов и восстановление брыжейки, благодаря чему сшитое сухожилие прочно срастается в обычные сроки. После удаления трубки на ее месте остается щелевидное пространство, достаточное для свободного перемещения сухожилия.

Заключение.

Неудачи традиционных операций на сухожилиях обусловлены сложной и тонкой анатомией скользящего механизма сухожилий, который грубо нарушается при повреждениях.

Предложенный новый способ лечения позволяет одновременно восстанавливать анатомическую целостность сухожилия глубокого сгибателя и стенку фиброзно-синовиального канала пальца кисти, обеспечивает раннее и полноценное функционирование пальца, исключает длительную реабилитацию и повторные травматичные операции тенолиза.

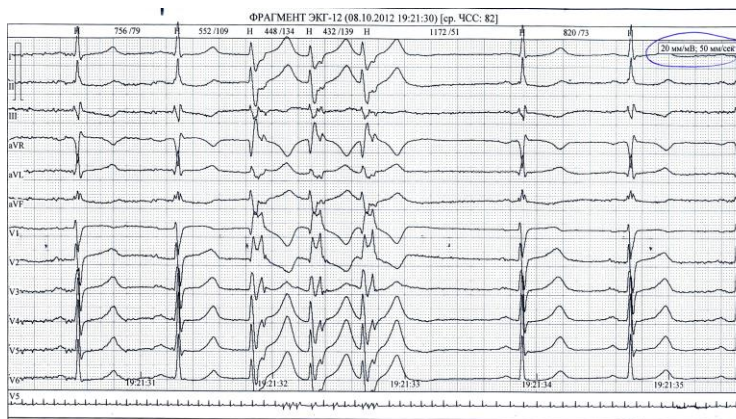
Случай из практики

Н.Н. ДЕМЕНТЬЕВА

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ БОЛЯХ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В отделение функциональной диагностики ГОКБ в октябре 2012 г. обратилась сотрудница больницы Г. 46 лет, с жалобами на общую слабость, сердцебиение, которые появились после значительной домашней физической нагрузки. Была выполнена ЭКГ, на которой были зарегистрированы частые эпизоды неустойчивой левожелудочковой тахикардии (от 5 до 12 комплексов). Для уточнения диагноза в тот же день было выполнено суточное мониторирование ЭКГ: ритм синусовый, 94116 кардиоциклов за сут-



ки. Циркадный индекс 1,31. Зарегистрировано 230 желудочковых экстрасистол: 178 одиночных, 15 парных. 6 эпизодов желудочковой тахикардии, наибольшая желудочковая тахикардия 5 комплексов (12:13:05).

Одиночные предсердные экстрасистолы – 6. Диагностически значимой и достоверной динамики сегмента ST не

зарегистрировано Субмаксимальная возрастная ЧСС – 174 уд/мин. (85% от максимальной) достигнута. Следующим этапом диагностики было выполнение эхокардиографии: АО 32 мм, в восходящем отделе – 42 мм, дуга 27 мм, в нисходящем отделе 21 мм. ЛП передне-задний отдел 36 мм, в 4-х камерной позиции 35х45 мм. ЛЖ: КДР 48 мм, КСР 31 мм, в 4-х камерной позиции 38х63 мм, УО 72 мл, ФВ 65 %, ФУ 35%. МЖП (д) 10 мм, МЖП(с) 13 мм. ЗС (д) 10 мм, ЗС(с) 15 мм. Сократимость миокарда: нормокинез. Нарушений локальной сократимости миокарда нет. ПЖ: передне-задний размер 24 мм, в 4-х камерной позиции 19х35 мм. ПП: размер в 4-х камерной позиции 28х48 мм. МЖП, МПП – дефектов нет.

Аортальный клапан: АОК 21 мм. Фиброз, кальциноз створок – нет. Максимальная скорость (систола) 1,67 м/сек, максимальный градиент (систола) 13 мм Нг. Регургитация 1 степени. Створки уплотнены, подвижны. Лоцируются две створки. Митральный клапан; фиброз, кальциноз – нет. Е/А = 1,2 Функциональная регургитация. Легочная артерия: диаметр ствола 23 мм. Максимальная скорость (систола) 19 мм Нг. Трикуспидальный клапан: кальциноз, фиброз створок – нет. Пик Е 0,34 м/с. Максимальный градиент (систола) 1,1 мм Нг. Регургитация 1 степени. Градиент регургитации 18 мм Нг. НПВ вдох/выдох 10/18 мм. ДЛА систолическое 23 мм Нг. Заключение: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Регургитация на АОК 1 ст. Дилатация восходящего отдела аорты. Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена. Камеры сердца не расширены.

Пациентка осмотрена кардиологом, выставлен диагноз: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Недостаточность АОК 1 степени. Желудочковая экстрасистолия 3,4а, 4б класса по Лауну. Н 0-1. Пациентка принимала кордарон 200мг по схеме (без эффекта) – был заменен на соритмик 40 мг 2-3 р/д, магнефар, триметазидин, полокард.

После проведенного лечения пароксизмы желудочковой тахикардии исчезли, самочувствие – норма. Из анамнеза жизни – двое родов без осложнений.

В динамике была выполнена эхокардиография. 30.08.2016 г. Заключение: двустворчатый аортальный клапан. Ускорение потока через АОК. Недостаточность 1 степени. Дилатация восходящего отдела аорты. Данные протокола: аортальный клапан – фиброз, кальциноз створок – нет. Максимальная скорость (систола) 1,9 м/с. Площадь эффективного отверстия 3,85 см². Регургитация 1 ст. Левая коронарная створка укорочена, сращена по комиссуре с некоронарной. Правая коронарная створка несколько уплотнена по свободному краю.

Заключение:

В 46-летнем возрасте у женщины впервые был диагностирован врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан.

Этот порок может стать потенциальным субстратом для механической травмы створок АОК и иметь риск развития инфекционного эндокардита.

*Ю.В. ДМИТРИЕВ¹, Н.В. АЧИНОВИЧ¹, А.Н. БОРОВСКИЙ¹,
С.В. ШАЙДУЛИН¹, С.Л. АЧИНОВИЧ²*

СЛУЧАИ ДИРОФИЛЯРИОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»¹
Учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»²*

Дирофиляриоз (ДФ)- паразитарное заболевание из группы гельминтозов, вызываемое нематодой рода *Dirofilaria*. Заболевание вызывают преимущественно *D. immitis* и *D. repens*, при этом человек является факультативным хозяином. Заражение происходит

через укусы комаров, зараженных личинками дирофилярий. Источником заражения комаров обычно являются инвазированные собаки, реже кошки, лисицы. Паразит чаще всего определяется в подкожной клетчатке – под кожей век, в области головы, шеи, туловища, конечностей или в подслизистом слое. В литературе описаны случаи локализации ДФ в подкожной клетчатке головы, шеи, туловища, конечностей, брюшной полости, в легких и плевральных полостях, в оболочках половых органов, в области расположения глазного яблока (Скрипова Л.В., 2015, Chopra R., 2012) У детей описаны случаи ДФ в области мошонки и наружного кольца пахового канала (Конома С.Н., 2002; Авраменко Ю.В., 2003). ДФ относится к заболеваниям, эндемичным районам с теплым и влажным климатом, но заболеваемость ДФ возрастает, что связано с потеплением климата и другими факторами.

Целью работы явилось изучение результатов лечения ДФ в детском возрасте и в более старших возрастных периодах.

Материалы и методы. Была изучена медицинская документация 12 случаев ДФ: 3 случая по данным детского хирургического отделения У ГОКБ и 9 случаев по данным У ГОКОД. Диагностика ДФ производилась клинико-морфологическим методом.

Результаты и обсуждение. Согласно медицинской документации У ГОКБ, в 2011–2015 гг. и за 8 месяцев 2016 г. было выявлено 3 случая ДФ. Во всех случаях была диагностирована подкожная локализация: у девочки 15 лет, на передней поверхности грудной стенки; у мальчика 5 лет на боковой поверхности левой голени; у мальчика 2 лет на тыльной и боковой поверхности левой стопы. Во всех случаях диагноз ДФ был заподозрен на основании клинических характеристик и данных лабораторно-инструментальных исследований.

По данным У ГОКОД, в 2011–2015 гг. и за 8 месяцев 2016 г., было выявлено 9 случаев ДФ. С 2011 г. по 2013 г. каждый год выявлялся 1 случай ДФ. Начиная с 2014 г. каждый год было диагностировано по 2 случая ДФ. Всего было выявлено 9 случаев ДФ. Из них женщин было -6 (66,6%), мужчин-3 (33,3%). Медиана возраста составила 47(19;74) лет. В 4 случаях (44,4%) из 9 диагнозов ДФ был заподозрен клинически и в 5 случаях (55,6%) диагноз был установлен только после гистологического исследования. При подкожной локализации дифференциальная диагностика проводилась с фибролипомой, атеромой с воспалительными изменениями. При легочной локализации – с раком легкого, абсцессом. При локализации в брюшной полости – с диссеминатами рака и гранулематозными процессами. Из 9 случаев в 7 случаях (77,8%) ДФ была установлена подкожная локализация: предплечье-1, плечо-1, передняя грудная стенка-1, передняя брюшная стенка-2, боковая стенка живота-2. Из них женщин было -4 (57,1%), мужчин-3 (42,9%). Возраст пациентов колебался от 19 до 59 лет, медиана 38 (21–55) лет. В 1 случае (11,1%) из 9 у женщины 59 лет был выявлен легочный ДФ при рентгенологическом исследовании во время прохождения профосмотра была выявлена округлая тень в верхней доле правого легкого. При гистологическом исследовании в резецированной 10.07.2014 г. верхней доле левого легкого была обнаружена паразитарная киста до 2,5 см с наличием в просвете круглого червя – неполовозрелой самки дирофилярии. В 1 случае(11,1%) из 9 у женщины 74 лет. 17.08.2015 г. во время операции по поводу рака желудка при интраоперационной ревизии органов брюшной полости в области малого таза на париетальной брюшине было обнаружено 4 уплотнения серого цвета размерами до 3 мм. При гистологическом исследовании диагностирован ДФ с поражением брюшины малого таза. В очагах уплотнения обнаружены фрагменты неполовозрелой самки дирофилярии. В 11случаях (91,7%) из 12 в анализах крови пациентов было повышено количество эозинофильных гранулоцитов. При сборе анамнестических дан-

ных было установлено, что во всех 12 случаях за 12 месяцев до появления симптомов заболевания пациенты не выезжали за пределы Гомельской области в страны с влажным и жарким климатом, но все подвергались многочисленным укусам комаров у себя дома или на даче. В 6 случаях (50%) из 12 пациенты содержали домашних животных (собак и кошек).

Выводы.

1. Воспалительные заболевания в подкожной клетчатке могут вызываться паразитами рода *Dirofilaria*.
2. Для профилактики данного паразитарного заболевания необходимо проводить мероприятия, направленные на уничтожение комаров в эндемичных очагах и уменьшение численности бродячих животных в городах и населенных пунктах.

И. Ф. ЗИМЕЛИХИНА

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Муковисцидоз, или кистозный фиброз (cystic fibrosis), поражает различные системы организма и имеет разнообразную симптоматику, однако продолжительность жизни в основном определяется степенью поражения органов дыхания. Характер, течение и прогноз бронхолегочного процесса в значительной степени зависят от биологических характеристик бактериальной инфекции бронхиального дерева.

Целью работы явилось проведение бактериологического мониторинга мокроты у детей с муковисцидозом для выявления этиологической структуры и чувствительности к антибиотикам выделенных штаммов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 96 микробиологических исследований культур, выделенных из зева и мокроты, полученных за период 2014 - 2015 г.г. взятых у 19 детей с муковисцидозом, проходивших лечение в отделении детской пульмонологии ГОКБ. Микробиологические исследования проводились с использованием общепринятых методик.

Результаты и обсуждение. При бактериальном исследовании рост микрофлоры получен во всех случаях. Среди выделенных патогенов ведущее положение в этиологии хронического бронхолегочного процесса занимает *Staphylococcus aureus*, составляющий 60% всей выделенной микрофлоры, на втором месте *Pseudomonas aeruginosa* - 30,2%. Остальные микроорганизмы выделялись со следующей частотой: *Streptococcus pneumoniae* - 11%, *Candida albicans* - 9%, *Haemophilus influenzae* - 6%, *Burkholderia cepacia* - 3%, *Klebsiella spp* - 3%, *Achromobacter xylosoxidans* - 3%, *Enterobacter cloacae* - 2%, *Stenotrophomonas maltophilia* - 1%. Микрофлора выделялась из бронхолегочного секрета в монокультуре (в 62,4%) и в микробных ассоциациях (37,6%). *S. aureus* почти в половине случаев (49,2%) выделялся в монокультуре, а *P. aeruginosa* - в 37,5% случаев. Микробные ассоциации в большинстве случаев (47,7%) состояли из *S. aureus* + *P. aeruginosa*.

Штаммы *S. aureus*, выделяемые от больных муковисцидозом, проявляли высокую чувствительность *in vitro* к ванкомицину (92,9%), ципрофлоксацину (83,3%), оксациллину (78,6%), цефалоспорином III поколений (цефтриаксон - 100%, цефотаксим - 92,9%), в меньшей степени I-II поколения (цефазолин - 76,9%, цефуроксим - 72,50%). Результаты исследований указывают на хорошую чувствительность золотистого стафилококка к амикацину - 86,7%, к кларитромицину - 84,6%. Обращает внимание низ-

кая чувствительность золотистого стафилококка к гентамицину - 33,3%, азитромицину – 26,8%.

Pseudomonas aeruginosa является определяющим возбудителем для прогноза очень тяжелых форм муковисцидоза с риском развития хронической колонизации и прогрессирующим течением с летальным исходом. Из числа самых активных антисинегнойных антибиотиков можно выделить колистин (100%), ципрофлоксацин (99,6%), меропенем (98,9%), левофлоксацин (92,8%), имипенем (88,9%). Значительная резистентность штаммов *Pseudomonas aeruginosa* отмечена к цефалоспорином: цефтриаксону (75%), цефоперазону (50%), цефепиму (41,7%), сохраняя высокую чувствительность к цефоперазону/сульбактаму (100%), умеренную к цефтазидиму (76,7%). Частота штаммов *P.aeruginosa*, чувствительных к амикацину, составила 62,8%, а к гентамицину - только 35,2%.

Выводы.

Тяжесть легочного поражения при муковисцидозе определяется бактериальной колонизацией высоко патогенными *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*. которые обладают высокой резистентностью к широкому спектру антибактериальных средств.

Ведущий этиологический агент *S.aureus* характеризуется нарастанием оксациллинрезистентности. Отмечено снижение чувствительности синегнойной палочки к традиционно используемым противосинегнойным препаратам первой линии (цефтриаксону, амикацину, гентамицину, цефепиму, цефоперазону).

Вышеизложенное определяет необходимость регулярного обновления микробиологического мониторинга мокроты у больных муковисцидозом для постоянной коррекции антибактериальной терапии у этих пациентов.

В.В. ИВАНЕНКО, Ю.В. ДМИТРИЕВ, С.Н. ПРЕДКО, Н.М. ДЕНИСЕВИЧ **ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ АНАПРИЛИНОМ В ДЕТСКОМ** **ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Гемангиома – наиболее часто встречающаяся опухоль у детей в возрасте до 1 года, представляет собой доброкачественную неоплазию эндотелиальных клеток сосудов. Характеризуется возможностью спонтанной регрессии или бурным ростом, опережающим развитие ребенка, с формированием косметического дефекта, нарушением функции органа. Впервые лечение гемангиом пропранололом (препарат анаприлин - бета-адреноблокатор) стали применять с 2009 года во Франции. Пропранолол ингибирует рост гемангиом по 4 механизмам: вазоконстрикция – блокирование бета-адренорецепторов приводит к спазму сосудов и снижению кровотока в сосудистой опухоли; ингибирование ангио- и васкулогенеза – уменьшается высвобождение эндотелиального фактора роста сосудов (VEGF); индукция апоптоза; снижение миграции эндотелиальных клеток предшественников в гемангиому.

В детском хирургическом отделении (ДХО) ГОКБ терапию пропранололом используют с 2013 года, как правило для гемангиом больших размеров и сложных локализаций (лицо, пальцы, половые органы), ввиду сложности одномоментного оперативного лечения, дефицита мягких тканей, невозможности достижения хорошего косметического результата. Пациенты с диагнозом гемангиома различной локализации занимают значительное место в структуре плановой хирургической патологии у детей в ДХО, так в 2015 году – 17,07%.

Цель. Цель исследования – провести анализ результатов консервативного лечения гемангиом у детей в ДХО ГОКБ.

Материалы и методы исследования.

Для консервативного лечения гемангиом в отделении используется препарат анаприлин в дозе 1-2мг\кг\сут в таблетках в два приема внутрь в течение длительного периода времени (6-9 месяцев) с ежемесячным контролем эффективности терапии и дозы препарата, под контролем ЭКГ раз в 2 месяца. Побочный эффект приема анаприлина в виде брадикардии наблюдался у 1 ребенка (0,79% случаев), которая купировалась после отмены препарата.

В исследование было включено 373 пациента в возрасте от 2 недель до 15 лет (средний возраст $1,45 \pm 1,32$ года), находившихся на лечении в ДХО «ГОКБ» в период с 1 января 2015 года по 17 августа 2016 года с диагнозом «Гемангиома». Из них 247 детям проведено оперативное лечение различными методами (иссечение, электрокоагуляция, лазерная коагуляция), 126 детей лечились анаприлином.

Результаты и обсуждение.

В 2015г. в ДХО пролечено 226 детей с диагнозом гемангиома, за 7 месяцев 2016 года – 147 детей. Консервативное лечение анаприлином в 2015г. получало 80 детей (35,39%), в 2016г. – 46 детей (31,29%), оперативное лечение соответственно 146 детей (64,71%) и 101 ребенок (68,71%), различные оперативные вмешательства по поводу гемангиом производились в 246 случаях (66,22%), всего за исследуемый период терапии анаприлином получало 126 детей (33,78%). В структуре оперативных вмешательств преобладают методы лазерной или электродеструкции образований – 165 пациент (66,80%), иссечение гемангиом производилось в 82 случаях (33,20%). Средняя длительность госпитализации составила $4,07 \pm 1,69$ дня. При этом при оперативном лечении гемангиом она составила $4,84 \pm 3,04$ дней, а при лечении анаприлином – $2,72 \pm 0,98$ дней. Оперативное лечение после проведенного терапии анаприлином потребовалось в 15 случаях (11,90% от всех случаев применения анаприлина для лечения гемангиом). Таким образом в 88,1% случаев консервативное лечение анаприлина было эффективно (достигалось значительное уменьшение гемангиом в размерах и не наблюдался их рост после отмены анаприлина).

Выводы.

Применение анаприлина в лечении гемангиом различных локализаций показало свою эффективность и за короткое время с начала применения в нашем отделении используется более чем в трети случаев лечения всех гемангиом.

Анаприлин является терапией выбора при лечении множественных гемангиом больших размеров и сложных локализаций у детей, при этом лишь один ребенок из десяти пролеченных анаприлином требует в последующем оперативного лечения.

Применение анаприлина для лечения гемангиом у детей уменьшает почти в 2 раза среднюю длительность нахождения ребенка в стационаре, однако требует длительного применения препарата (до 9 месяцев) с ежемесячным контролем у детского хирурга консультативной поликлиники. В связи с этим почти в 2/3 случаев всё еще применяются оперативные методы лечения гемангиом.

Учитывая крайне низкое число побочных эффектов стартовой терапии анаприлином следует рассмотреть возможность его назначения для терапии гемангиом в амбулаторно-поликлинических условиях (при росте гемангиомы как можно раньше), без госпитализации ребенка в стационар.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Актуальность обсуждаемой проблемы обусловлена тем, что бронхолегочная дисплазия (БЛД) – серьезное заболевание, чреватое развитием осложнений. Заболевание протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и/или нарушением репликации альвеол; проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхообструктивным синдромом и симптомами дыхательной недостаточности; характеризуется специфическими рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка. Летальность при БЛД составляет 4,1% у детей первых трех месяцев жизни, 1,2-2,6% – в грудном возрасте. При тяжелой БЛД могут развиваться хронические заболевания легких.

Существуют разные схемы постнатальной профилактики и лечения БЛД с использованием диуретиков, витаминотерапии, кофеина, бронходилататоров, ингаляционных и системных глюкокортикостероидов.

Лечебный эффект дексаметазона обусловлен тем, что он обладает противовоспалительным эффектом, увеличивает синтез сурфактанта, улучшает газообмен в легких, уменьшает потребность в высоком FiO_2 . Дексаметазон используют в постнатальном периоде для профилактики БЛД и для лечения уже имеющегося заболевания. Чаще всего используются два варианта: раннее назначение стероидов для предупреждения формирования БЛД (конец первой – начало второй недели жизни) и терапия уже сформировавшейся БЛД (со второго месяца жизни). Возможен также прерывистый курс лечения, т.н. пульсационная терапия, или применение поочередно курса системной стероидотерапии и курса ингаляторной терапии.

Цель: изучение эффективности схемы лечения БЛД с использованием дексаметазона.

Материал и методы. 1. Изучение литературных данных об использовании дексаметазона в схемах лечения БЛД. 2. Собственные исследования: применение короткой четырехдневной схемы лечения БЛД дексаметазоном в практике работы отделения.

Нами изучена эффективность применения системного глюкокортикостероида дексаметазона для лечения БЛД у недоношенных новорожденных.

Обсуждение. По нашим наблюдениям, терапия дексаметазоном должна начинаться не ранее 7-14 дня жизни, малыми дозами и коротким курсом. Это связано с высокой частотой побочных эффектов препарата у недоношенных детей. В нашем отделении мы используем схему лечения коротким курсом в низких дозах с постепенным снижением дозы. Основными показаниями к назначению дексаметазона коротким курсом являются: наличие апноэ и диспноэ у ребенка с длительной кислородозависимостью – потребностью в респираторной терапии для поддержания уровня насыщения крови кислородом $\text{SaO}_2 \geq 90\%$; рентгенологические данные о снижении прозрачности легочной ткани. Мы придерживаемся следующей схемы лечения дексаметазоном: 1-й день – 0,1 мг/кг 2 раза в день; 2-й день – 0,075 мг/кг 2 раза в день; 3-й день – 0,05 мг/кг 2 раза в день; 4-й день – 0,05 мг/кг 1 раз в день. Схема дает клинический эффект.

Описание клинического случая. Ребенок Б. Родилась в мае 2016 от 7 беременности, третьих преждевременных родов в сроке гестации 25-26 недель. Вес при рождении 650 грамм. Апгар 4/ИВЛ баллов. Сразу после рождения введен Куросурф. Находи-

лась на ИВЛ до 23 суток жизни. Далее переведена на респираторную поддержку (РП) II уровня. С 35 суток – РП I уровня с подачей кислорода в кювет. FiO_2 – 25-27%. На этапе реанимации получала лечение: РП I-III уровня, кофеин, витаминотерапия, дексаметазон. На момент перевода в наше отделение на 46 сутки жизни (постконцептуальный возраст 32-33 недели гестации) сохранялись кратковременные эпизоды апноэ и диспноэ. Кислородозависимость до 25%. Назначена короткая 4-дневная схема лечения дексаметазоном. На 3-и сутки отменен кислород, эпизодов апноэ не было. В практике наблюдались и другие подобные случаи.

Заключение.

1. Постнатальная системная стероидная терапия, несмотря на потенциальный риск возникновения осложнений, может использоваться в профилактике и лечении БЛД.

2. Наиболее эффективно и безопасно раннее начало системной стероидной терапии малыми дозами коротким курсом, но не ранее 7-14 дня.

3. Возможно и эффективно использование повторной схемы лечения дексаметазоном, если первая схема не имела эффекта и ребенок остается кислородозависим.

4. Представленная короткая 4-дневная схема лечения БЛД доказала свою эффективность при использовании у пациентов нашего отделения и при раннем использовании может являться мерой профилактики данного заболевания.

А.И. КАСИМ, М.В. ЛАРКИНА, С.Ю. ВОЛКОВИНСКИЙ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПМР У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ В ГОКБ С 2013 ПО 2015 ГОДЫ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В структуре хирургической патологии мочевыделительной системы у детей, обследованных по поводу инфекции мочевыделительной системы, значительное место (29% - 50%) занимает пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). Около 30-50% детей с симптоматическим ПМР имеют радиологические доказательства нефросклероза. Основной целью лечения ПМР является предупреждение развития повреждений почечной паренхимы с исходом в нефросклероз.

Цель исследования: изучить и провести анализ клинических случаев оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей за 2013-2015 г.г. по материалам урологического отделения ГОКБ.

Материалы и методы. Были изучены и проанализированы карты стационарного пациента с диагнозами врожденный пузырно-мочеточниковый рефлюкс (Q62.7) и уретопатия, обусловленная пузырно-мочеточниковым рефлюксом (N13.7), находившихся в урологическом отделении ГОКБ за период 2013 - 2015 г.г. – всего 91 случай. Статистическая обработка производилась с помощью программы MS Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. За 2013 год было пролечено 13 детей, из них 11 девочек и 2 мальчика (средний возраст 7,31 лет). За 2014 год прооперировано 15 детей, 10 девочек и 5 мальчиков. Их средний возраст был 7,28 лет. В 2015 году пролечили 12 детей, 8 девочек и 4 мальчика (средний возраст 7,45 лет). Таким образом за 3 года было прооперировано 40 детей. Количество девочек преобладает над количеством мальчиков в среднем в 3,63 раза. Большинство детей представляют группу дошкольного возраста, меньшинство – ранний детский возраст (оперированных детей младенческого возраста за исследуемые года нет). Средний возраст детей является относительно стабильным показателем за 3 года, и составляет 7,35 лет. Количество пациентов из города преобладает над количеством пациентов из села в среднем в 2,64 раза, однако за 3 года это пре-

обладание снизилось, что показывает улучшение процесса диспансеризации и качества профосмотров сельских жителей.

За три года было проведено 55 операций на мочеточниках, – 40 (73%) открытым способом и 15 (27%) эндоскопическим. Чаще остальных подвергались оперативному лечению дети с пузырно-мочеточниковым рефлюксом III степени (56,4%) и II степени (36,4%), реже всего - IV степени (7,2%). Стоит отметить, что случаев пузырно-мочеточникового рефлюкса V степени не выявлялось, что говорит о своевременной диагностике данного заболевания у детей. Наиболее частым оперативным вмешательством явилась операция Cochen (Кохэна) (всего 27, что составляет 49,1% от всех вмешательств). Операцию Политано-Лидбеттера выполнили в 21,8% случаев. Среднее количество койко-дней за 3 года составило 13,8 при открытых операциях и 3,2 при эндоскопических вмешательствах.

Послеоперационные осложнения (пиелонефрит, тампонада мочевого пузыря, динамическая кишечная непроходимость, нарушение КЩС) выявлены только после открытых хирургических вмешательств и составляют 9,1% от всех операций по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса за мониторируемый период.

Исходы лечения были следующими: выздоровление отмечалось в 64,6% случаев, улучшение состояния в 35,4% наблюдений. Успешность открытых операций составила 97,5%, эндоскопических - 67,7%.

Выводы.

В настоящее время в урологическом отделении ГОКБ операции на мочеточниках в основном выполняются открытым способом и лишь треть - эндоскопически. Немного чаще эндоскопические операции применяются при II степени ПМР у детей.

Эффективность открытых операций при ПМР в настоящее время в ГОКБ составляет около 97,5%, в отличие от эндоскопических вмешательств – 67,7%.

Однако послеоперационные осложнения наблюдаются только после открытых хирургических вмешательств у каждого десятого пациента.

Выбор метода оперативного лечения ПМР зависит от причины рефлюкса, его степени, доступности расходных материалов, навыка уролога, согласия родителей ребёнка.

Д. А. КОВАЛЁВА, С.В. КУПЧЕНЯ, О.А. РАЗУМЕНКО
**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ
ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ**
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Заболевания щитовидной железы широко распространены среди населения многих стран. Частота данной патологии составляет 8% у взрослого населения земного шара и ежегодно возрастает. Более 2,2 миллиарда человек проживает в эндемичных по зобу районах йодной недостаточности, более одного миллиарда человек страдает зобом. Беларусь также является регионом легкой зобной эндемии с умеренно-легким дефицитом йода. Интерес мировой общественности к данной проблеме чрезвычайно велик и обусловлен тем обстоятельством, что состояние здоровья и интеллектуальный уровень населения, проживающего в этих регионах, хуже, чем в регионах, свободных от зобной эндемии.

Около 200 млн. человек в мире имеют увеличенную щитовидную железу, частота же обнаружения в ней узлов может достигать 50%. Среди заболеваний щитовидной железы узловые формы встречаются с частотой от 42 до 98,9%. По данным ВОЗ, за последние 20 лет заболеваемость тиреоидным раком возросла в 2 раза и составляет от

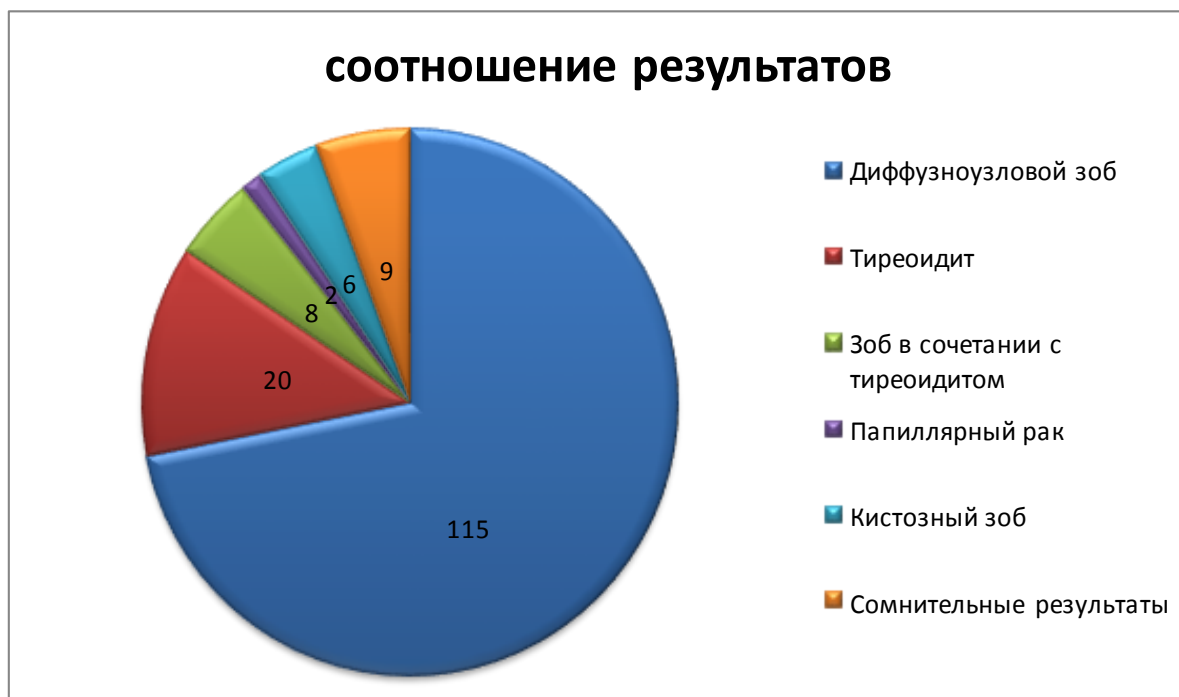
0,5 до 3,5% всех регистрируемых злокачественных новообразований. Показатели заболеваемости в различных странах в среднем составляют на 100 000 населения 0,6-5,0 у мужчин и 1,2-16 у женщин. Рак щитовидной железы ежегодно возникает у 5 взрослых людей и у 40 лиц старше 60 лет на 1 млн. человек и является причиной смерти 1% больных, умирающих от злокачественных опухолей, за такой же период времени.

Целью работы явился анализ результатов тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ) у жителей г. Гомеля и Гомельской области для выявления частоты встречаемости заболеваний щитовидной железы в данном регионе.

Материалы и методы. Были изучены цитологические материалы за отчетный период времени с 05.01.2015г. по 29.07.2015г. Выполнены 160 ТИАБ образований щитовидной железы.

Результаты и обсуждение. В результате цитологического исследования полученных материалов были выявлены следующие результаты: диффузно-узловой зоб-115, тиреоидит-20, зоб в сочетании с тиреоидитом-8, папиллярный рак-2, кистозный зоб-6, сомнительные результаты-9.

Таблица 1 – Анализ результатов ТИАБ образований щитовидной железы.



Выводы.

Таким образом, в настоящее время в структуре патологии щитовидной железы у пациентов ГОКБ наиболее часто встречается диффузноузловой зоб (71,87%), реже - тиреоидит 12,5%, зоб в сочетании с тиреоидитом (5%), кистозный зоб (3,75%).

Папиллярный рак был обнаружен только у двух пациентов, что составляет 1,25% (диагноз подтвержден гистологически). 5,63% результатов явились сомнительными и были перделаны.

С.Н/ КОВАЛЬ, А.М. КУРАЧЕНКО, Е.А/ ДАШКОВСКАЯ, Л.А. АЛЕКСЕЕВА

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Катетеризация центральных вен (КЦВ) – метод осуществления сосудистого доступа для инфузионной терапии с целью восстановления объема циркулирующей крови, мониторинга показателей гемодинамики, длительных и многократных внутривенных вливаний лекарственных веществ, введения гипертонических растворов и др. Наиболее часто для этого используются подключичная, внутренняя яремная, реже бедренная вены. Однако постановка ЦВК при этих доступах в 5-19% случаев (David C. McGee, Michael K. Gould, 2003) может сопровождаться серьезными механическими осложнениями, такими как пневмо- и гемоторакс, пункция артерии, гематома. Использование для центрального венозного доступа наружной яремной вены сопряжено с легкостью катетеризации вены, низким уровнем технических осложнений, достаточной длительностью пребывания катетера в вене. Сложность КЦВ при данном доступе связывают с анатомическими особенностями *v. jugularis externa*, которая имеет выраженные клапаны и впадает в подключичную вену под острым либо прямым углом. Однако вышеперечисленные преимущества, хороший визуальный контроль, позволяющий использовать наружную яремную вену даже при выраженной тромбоцитопении и коагулопатии, делает данный доступ привлекательным для использования в условиях отсутствия сонографии.

Цель работы: изучение эффективности и безопасности катетеризации верхней полой вены через наружную яремную вену у беременных женщин.

Материалы и методы.

Катетеризация верхней полой вены через наружную яремную вену на базе Гомельского областного клинического роддома за 2015 год производилась у 17(70,8%) беременных женщин в сроке гестации 37-40 недель и у 7(29,2%) пациенток в раннем послеродовом периоде (n=24). У 5(20,8%) пациенток манипуляция проведена в условиях операционной во время операции кесарево сечение, у 19(79,2%) в ОАРИТ.

Показаниями к катетеризации центральной вены были кровотечения (12(50%) пациенток), тяжелая преэклампсия (7(29,2%) пациенток), невозможность пункции и катетеризации периферических вен у пациенток с наркоманией (3(12,5%)), диабетический кетоацидоз (2(8,3%)).

Сторона катетеризации выбиралась исходя из лучшей визуализации наружной яремной вены. В положении женщины на спине с повернутой в противоположную сторону головой, в асептических условиях производилась венепункция и катетеризация наружной яремной вены периферическим венозным катетером 16G (ПВК). Место пункции – на 1 см ниже места пересечения наружной яремной веной *m. sternocleidomastoideus*, учитывая наличие клапана в средней трети *v. jugularis externa*. Для дальнейшей манипуляции применялись наборы для катетеризации крупных сосудов «KD-MONOSOFT» (6F) (Германия) и «BALTON» (8F) (Польша). ЦВК по проводнику, введенному через периферический венозный катетер, устанавливался на глубину 12-14см, фиксировался одним узловым швом. Всем пациенткам проводился рентгенконтроль положения катетера.

Результаты и обсуждение. Удачные катетеризации составили 91,6% (22 случая). Использование ПВК уменьшает риск травматизации наружной яремной вены.

В 19(79,2%) положение ЦВК было корректным. У 3 пациенток по результатам рентгенконтроля:

- 2(8,3%) случая положения катетера в противоположной подключичной вене;
- 1(4,2%) случай катетер во внутренней яремной вене с той же стороны.

Произведена коррекция положения центрального венозного катетера путем замены ЦВК по проводнику без поворота головы в противоположную сторону.

Манипуляция и нахождение катетера переносилась женщинами удовлетворительно. Среднее время использования составило $4,2 \pm 1,6$ суток. Осложнений при постановке и стоянии ЦВК не было.

В двух случаях, при неудавшейся попытке катетеризации центральной вены, удалось сохранить надежный венозный доступ, учитывая использование периферического венозного катетера 16G в наружной яремной вене,

Заключение. Методика катетеризации центральных вен через наружную яремную вену является высокоэффективной (91,7% удачных катетеризаций); может быть рекомендована для использования в анестезиологической и реанимационной практике у беременных женщин с целью профилактики и снижения количества осложнений.

С. Н. КОВАЛЬ, М. Ю. ШЕСТОВЕЦ

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Около 70 % акушерских кровотечений относятся к послеродовым. По данным немецкого, австрийского и швейцарского обществ гинекологии и акушерства (DGGG, OEGG, SGGG), частота послеродовых кровотечений в индустриальных странах составляет 0,5 – 1,9% от общего числа родов, являясь причиной 13 % материнской смертности. Массивным кровотечением следует считать кровопотерю более 150 мл/ч/ более 0,5 ОЦК за 3 часа/ более 1 ОЦК в течение суток. Угрожающее жизни массивное кровотечение возникает в 2 случаях на тысячу родов. Согласно DGGG, OEGG и SGGG, можно избежать 60 – 80 % всех массивных кровотечений.

Цель исследования: провести анализ инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) при послеродовых кровотечениях у родильниц в Гомельском областном клиническом родильном доме

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток, находившихся за период с 22.03.2016 по 11.06.2016 года на лечении в ОАРИТ АН роддома ГОКБ по поводу послеродового кровотечения. Всего под наблюдением находилось 30 пациенток, средний возраст составил $31 \pm 14,1$ лет. Родоразрешение через естественные родовые пути – у 11 пациенток (36,7%), операция кесарево сечение выполнена у 19 пациенток (73,3%). Все пациентки разделены на 4 группы по тяжести и объему кровотечения (ОК). ОК измеряли гравиметрическим методом. В группу № 1 вошли 2 пациентки с клиникой геморрагического шока. Группу № 2 составили 6 женщин с $ОК \geq 1500$ мл. В группу № 3 включены 7 родильниц с $ОК \geq 1000$ мл. В группу № 4 вошли 15 пациенток с $ОК < 1000$ мл. Для проведения гемостаза применялись консервативный и хирургический подходы. Консервативный подход предусматривал проведение ИТТ, дотацию Ca^{++} , введение утеротоников, транексамовой кислоты, восполнение факторов свертывания, а так же механические приемы остановки кровотечения. Компрессионный шов на матку по В-Lynch применялся у 12 пациенток, которым выполнялась операция кесарево сечение (63,2%). Ампутация матки была проведена у од-

ной пациентки. Для восполнения ОК проводилась ИТТ, которая включала введение кристаллоидной среды (раствор Рингера) и препаратов крови: криопреципитат, плазма, альбумин и эритромаасса.

Результаты. Наибольшая скорость кровопотери (СК) – 800 мл/ч и наибольший ОК – 2800 [1600; 4000] мл наблюдались у пациенток группы № 1. У пациенток группы № 3 меньшая по объему кровопотеря – 1193 [1100;1450] мл, по сравнению с кровопотерей у пациенток группы № 2, произошла за меньший промежуток времени – 682 [208;1100] мл/ч. В группе № 2 средний ОК составил 2033 [1500;3000] мл при средней СК – 592 [293;1071] мл/ч. У пациенток в группе № 4 наблюдалась наименьшая по объему кровопотеря – 826 [600;750] мл с наименьшей скоростью – 511 [190;750] мл/ч. Для восполнения дефицита ОЦК у пациенток группы № 1 потребовался объем ИТТ 10015 мл (в среднем). В группе № 2 объем ИТТ составил 7082 мл – в 3,5 раза превышает ОК, в группе № 3 3859 мл – в 3,3 раза, в группе № 4 2478 мл – в 3 раза. ИТТ включала введение раствора Рингера и препаратов крови в определенном соотношении, которое у пациенток в группе № 1 составило 2,9: 1,1: 1; в группе №2 – 3,4: 1,5: 1; в группе № 3 – 2,9: 1; в группе № 4 – 3: 1. Наибольшая скорость восполнения дефицита ОЦК наблюдалась в группе № 1 – 2225 мл/ч, что превышает СК в 2,78 раза. У пациенток группы № 3 скорость ИТТ составила 1773 мл/ч, превышающая СК в 2,6 раз, в группе № 2 1421 мл/ч – в 2,4 раза, в группе № 4 1022 мл/ч – в 2 раза.

Выводы.

У всех пациенток в изученных группах отмечено массивное послеродовое кровотечение (минимальная скорость кровопотери 190 мл/ч). У пациенток группы № 3 менее объемное кровотечение 1193 мл протекало с большей скоростью 682 мл/ч, по сравнению с группой № 2 с ОК 2033 мл и СК 592 мл/ч.

В группе № 1 объем ИТТ превышал ОК в 3,6 раз, в группе № 2 – в 3,5 раз, в группе № 3 – в 3,3 раза, в группе № 4 – в 3 раза, следовательно, объем ИТТ прямо пропорционален ОК. Соотношение компонентов ИТТ зависит от ОК. Скоростная характеристика ИТТ определяется скоростной характеристикой кровопотери. В группе № 1 скорость восполнения ОЦК превышала скорость кровопотери в 2,78 раз, в группе № 2 – в 2,4 раза, в группе № 3 – в 2,6 раз, в группе № 4 – в 2 раза. При острой массивной кровопотере необходимо включить в режим ИТТ тромбоконцентрат.

Л.С. КОВАЛЬЧУК, Л.П. КОВАЛЬЧУК
КОРРЕКЦИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСЬЮ
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Ведущим патогенетическим механизмом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) является ишемия и гипоксия мозговой ткани, что является основным показателем для включения в лечебный комплекс озонотерапии (ОЗТ). Тем более, что при формировании ДЭ у большинства пациентов имеются более или менее значительные нарушения деятельности внутренних органов, что ограничивает возможности активной физиотерапии и лечебной физкультуры.

При парентеральном введении озона происходит запуск целого каскада биохимических процессов, что проявляется в активизации кислородозависимых реакций, создающих условия для восстановления антиоксидантной системы защиты организма и нормализации процессов перекисного окисления липидов. Терапевтические дозы озона, введенные парентерально, существенно усиливают кислородное обеспечение и метаболизм тканей, улучшают реологические свойства крови.

Цель: проанализировать клиническую эффективность ОЗТ у пациентов с ДЭ при восстановительной терапии.

Материалы и методы. На базе санаторно-курортной организации РУП «Гомельское отделение Белорусской железной дороги» проведена ОЗТ 58 пациентам с ДЭ в возрасте от 58 до 78 лет. Мужчин и женщин было 38 чел. (65,5%) и 20 чел. (34,5%) соответственно. В основном преобладали больные с ДЭ I и II стадии. Основную группу составили 38 человек с ДЭ, в комплексное восстановительное лечение которых включалось парентеральное введение озонированного физиологического раствора (ОФР), а 20 человек — контрольную группу. По возрасту, полу, давности заболевания и стадии заболевания группы были примерно одинаковыми. В качестве озонатора использовалась озонотерапевтическая автоматическая установка УОТА-60-01 «Медозон» (г. Москва).

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов уже после первых процедур ОЗТ отмечался положительный клинический эффект, который проявлялся в ощущении «подъема сил», «просветления» в голове, значительного снижения интенсивности и продолжительности головных болей, головокружений, атаксии, шума в голове и ушах. Наблюдалось уменьшение эмоционально-волевых расстройств, рассеянности внимания, улучшалась память, повышалась работоспособность.

Изучение церебральной гемодинамики, по данным реоэнцефалографии, до назначения лечения у пациентов ДЭ выявляло признаки нарушения мозгового кровообращения. После проведенной терапии отмечались значительные положительные изменения показателей церебральной гемодинамики у пациентов основной группы.

Анализируя динамику показателей липидного обмена, можно констатировать достоверное снижение уровня общего холестерина у пациентов, получавших внутривенную ОЗТ с ДЭ I стадии — на 6,9%; II стадии — на 5,4%. У пациентов I стадии также наблюдалось достоверное снижение липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови на 10% и триглицеридов — на 14,5%. По остальным лицам основной группы отмечалась тенденция к уменьшению липопротеидов низкой плотности и возрастанию липопротеидов высокой плотности. Уровень общих липидов крови достоверно снизился на 25,8% ($p < 0,05$) у пациентов основной группы.

При анализе непосредственных результатов лечения пациентов с использованием ОЗТ, установлено, что эффективность лечения выше у пациентов с ДЭ I и II стадий на фоне атеросклероза мозговых сосудов с давностью заболевания менее 10 лет. После проведенного курса лечения с использованием ОЗТ отмечалась положительная динамика у пациентов ДЭ I и II стадий на фоне сочетания атеросклероза с артериальной гипертензией.

При внутривенных инфузиях ОФР в крови пациента образуются так называемые озониды — вторичные соединения озона. Значительная часть озонидов проникают через гематоэнцефалический барьер в головной мозг, где оказывают прежде всего мембрано-стабилизирующий эффект, и на этой основе происходит оптимизация интегративной деятельности головного мозга. Данные исследования показали, что оптимальный курс ОЗТ в комплексном лечении таких пациентов заключается в проведении через день внутривенных капельных инфузий озono-кислородной смеси с концентрацией озона в ней 1,5-2,0 мг/л в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия. Ухудшений общего состояния пациентов и побочных действий при внутривенной ОЗТ не наблюдалось.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют отнести данный способ комплексного лечения с использованием инфузий ОФР к патогенетически адекватному методу терапии пациентов ДЭ на фоне атеросклероза и артериальной ги-

пертензии, что позволяет расширить возможности восстановительного лечения старших возрастных групп.

Л.С. КОВАЛЬЧУК, П.Н. КОВАЛЬЧУК

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ ОЗОНОТЕРАПИИ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Сложности лечения и профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) требуют поиска новых методов медицинской реабилитации, среди которых ведущую роль играет немедикаментозная терапия особенно с выраженным синдромно-патогенетическим действием. Весьма перспективным направлением клинической медицины стала разработка методов активации саногенеза, основанных на использовании природных факторов с помощью озона. Как мощный окислитель, озон способствует стимуляции метаболизма миокарда, оказывает антигипоксическое действие, улучшает реологические свойства крови, снижает общее периферическое сопротивление сосудов, нормализует липидный обмен, повышает неспецифическую резистентность организма.

Цель: изучить возможность применения озono-кислородной смеси в реабилитации пациентов с ИБС.

Материал и методы: в санатории Гомельского отделения Белорусской железной дороги обследовано 110 пациентов с ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса с атерогенной дислипидемией (59 мужчин и 51 женщина в возрасте от 45 до 72 лет). Все пациенты получали комплексное санаторное лечение (диетотерапия, фитотерапия, щадящее бальнеолечение, показанные режимы движения, психотерапия). Из общего количества обследованных пациентов выделена контрольная группа (30 больных). Больные основной и контрольной групп не отличались по полу, возрасту, клинической картине заболевания.

Работа проведена на озonoкислородной установке УОТА-60-01 «Медозон», г. Москва. Пациентам основной группы (80 чел.) проводилась терапия в виде внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 2-4 мг/л - 3 раза в неделю, в количестве 7 процедур на фоне приема нитратов или бета-адреноблокаторов, или антагонистов кальция.

До и после лечения исследовались показатели электрокардиограммы, артериального давления, пульсоксиметрии, а также определялся спектр липидов сыворотки крови.

Результаты и обсуждение: получен значительный положительный эффект клинических проявлений ИБС, а также увеличение толерантности к физической нагрузке у 95% пациентов с включением озонотерапии (ОЗТ).

Ангинозные приступы после курса ОЗТ полностью были купированы у 54,5% пациентов. У 45,5% пациентов уменьшилась их частота и продолжительность, что позволило уменьшить дозу принимаемых медикаментов более чем наполовину. Особое значение для больных стенокардией имело статистически значимое снижение метеотропности в основной группе, что позволило использовать ОЗТ для профилактики метеотропных реакций и более быстрой адаптации в условиях проживания.

Показатели электрокардиограммы свидетельствовали о улучшении процессов реполяризации миокарда, наблюдалось уменьшение или полное исчезновение экstrasистол, а также снижение перегрузки левого желудочка. Положительные эффекты после курса ОЗТ получены у пациентов основной группы пациентов ИБС в сочетании с артериальной гипертензией, что приводило к снижению артериального давления.

Результаты проведения пульсоксиметрии свидетельствуют, что в процессе восстановительного лечения лиц основной группы показатели оксигемоглобина, частоты сердечных сокращений нормализовались и различия по сравнению с контрольной группой были статистически высокосignимы ($p < 0,001$). Можно полагать, что устраняя гипоксию, улучшая энергетическую способность сердечной мышцы, этот метод способствует повышению антиоксидантного потенциала клеток.

Преимущество положительных эффектов ОЗТ у больных основной группы по сравнению с контрольной группой было преобладающим. Более того, у больных основной группы к концу лечения выявлена положительная динамика липидного спектра крови ($p < 0,01$) в виде снижения общего холестерина, триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности, а также увеличение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, показатели которых через 1,5 месяца оставались без изменений. В контрольной группе такой динамики не отмечалось.

Выводы.

Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость пациентами, относительная дешевизна метода, а значит существенная доступность — все это способствует тому, что ОЗТ в изолированном виде или в сочетании с другими лечебными факторами, должна найти широкое применение в реабилитационных отделениях стационаров, на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации и в санаториях.

Д.Н. КОМЕШКО, Д.Г. ФИЛИПЧУК, С.М. СЕРГЕЕНКО **ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ: ВОЗМОЖНЫЕ ПОТЕРИ, ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Актуальность проблемы ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) обусловлена неуклонным ростом количества техногенных и природных катастроф, обострением борьбы с терроризмом и необходимостью знаний особенностей подготовительной работы по обеспечению медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

ЧС – обстановка, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, бедствия, которые повлекли или могут повлечь человеческие жертвы, вред здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение жизнедеятельности. На территории Беларуси наиболее вероятны природные и техногенные ЧС (аварии, катастрофы) особенностями которых является наличие массовых потерь среди населения, требования своевременной первичной и первичной медицинской помощи, эвакуации и оказание специализированной медпомощи. Характерными организационными недостатками при проведении указанных мероприятий являются недостаток медицинского персонала и специализированного транспорта для осуществления эвакуации.

В Беларуси более 300 предприятий производят, хранят или используют аварийно опасные химические вещества (АОХВ), 86 из которых расположены в городах. Перевозка этих веществ осуществляется автомобильным, речным и железнодорожным транспортом. Наиболее частые технологические операции с токсичными грузами выполняются в Гомеле, Мозыре, Речице, Светлогорске.

Целью работы явилось изучение результатов опыта участия сотрудников больницы в двадцати двух проведенных учениях по ликвидации последствий ЧС за период 2010-2016г.г.

Материалы и методы. При ликвидации медицинских последствий ЧС некоторые авторы (R.Kirchhoff, С.Карапетян) выделяют фазы (стадии) в оказании медицинской помощи. Фаза изоляции, когда извне невозможна никакая помощь; фаза спасения

– проводятся спасательные мероприятия и третья фаза восстановительного лечения. Исходя из этого крайне важным является обучение населения правилам само- и взаимопомощи при травмах, оснащение объектов с массовым пребыванием людей соответствующими наборами-укладками и не снижение объема оказываемой первичной помощи – устранение асфиксии, остановка наружного кровотечения, герметичные повязки при открытом пневмотораксе, сердечно-легочно-мозговая реанимация. Нами применялись стандартные методы обобщения и анализа сведений из отчетов о проводимых учениях на территории области, а также экстраполяция сложившихся трендов на реальные условия жизнедеятельности.

Результаты и обсуждение. Обострение борьбы с терроризмом демонстрирует возможность возникновения ЧС, сопровождающихся политравматизмом.

Результаты наших исследований подтверждают, что комбинированные и сочетанные травмы усложняют выбор приоритетов при оказании медицинской помощи и затрудняют топическую диагностику повреждений. Несмотря на успехи в оказании первичной и специализированной медпомощи пациентам с политравмой до 50% таких пострадавших погибают на догоспитальном этапе. Этим аргументируется недопустимость немедленной транспортировки без предварительных лечебных действий. При массовом поступлении в ЛПО пострадавших значительно возрастает роль их медицинской сортировки.

Заключение.

Крайне важным является разработка алгоритмов действий при оказании само- и взаимопомощи, соответствующее оснащение мест с массовым пребыванием людей.

Стандарты оказания первичной и первичной медицинской помощи смогут повысить качество подготовки к действиям в ЧС лиц любой профессии и специальности.

Обязательным фактором подготовки пострадавших к транспортировке является проведение комплекса мероприятий интенсивной терапии на месте происшествия.

Проведение противошоковых мероприятий в первые пять часов снижает смертность до 30%. Учитывая, что среди погибших около одной трети умирают медленно, то их можно спасти в этот промежуток времени.

И.А. КОРБУТ.¹, И.А. ПРЯДИХИНА², Л.Ю. ФЕДЮКОВА¹

РОЛЬ ЖЕЛЕЗ МОНТГОМЕРИ В ЛАКТАЦИИ

¹-УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²-Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Беременность – это событие, которое меняет жизнь женщины, однако вместе с этим она меняет и её тело. Грудь начинает переживать массу значительных метаморфоз, результатом которых должна стать лактация. Многие женщины замечают увеличение желёз на ареоле соска, изменение его цвета. Железы Монтгомери чутко реагируют на гормональные перестройки организма, они являются рудиментарными молочными железами. Они способны выполнять бактерицидную функцию, и защищать сосок от пересыхания. Замечено, что чем больше этих желёз имеет женщина, тем более хорошие её лактационные способности.

Цель: выявить зависимость между количеством желёз Монтгомери у женщин в предлактационный период и качество их лактации.

Материалы и методы исследования.

На базе родильного отделения Гомельской областной клинической больницы было произведено проспективное исследование 31 женщины их детей. Мы подсчиты-

вали количество желез у пациенток, проходящих предродовую подготовку в отделении патологии беременности, а затем проводили исследование в послеродовом периоде и через 6 месяцев после родов. Они были разделены на 2 группы: А- женщины со средним количеством желез Монтгомери < 8,5 и Б - $\geq 8,5$ желез. В течении 8 месяцев женщины и их дети находились под наблюдением. Статистическая обработка произведена с помощью прикладных программ Microsoft Office: качественных – Me (25;75 процентов), количественных – $n, p \pm sp$ %.

Результаты и обсуждение.

В группе А на грудном вскармливании 1-3 месяца находилось $40,9 \pm 10,7\%$ новорожденных, 3-6 месяцев – $31,2 \pm 10,2\%$, 6-12 месяцев – $27,3 \pm 9,2\%$. В группе Б: 1-3 месяца – $22,2 \pm 14,7\%$, 3-6 месяцев – $33,3 \pm 16,7\%$ и 6-12 месяцев – $44,4 \pm 17,6\%$ детей. За время кормления лактостаз был диагностирован у $13,6 \pm 7,5\%$ женщин из группы А и $11,1 \pm 11,1\%$ женщин группы Б.

За первые 3е суток в группе А новорожденные потеряли 148 грамм, в группе Б – 170 грамм. На 7-ые сутки этот показатель в группе А – 69 грамм, в группе Б – 26 грамм. За этот срок новорождённые из обеих групп находились на естественном кормлении.

В таблице 1 представлена динамика изменения массы тела у детей обеих групп.

Таблица 1 – Прирост массы тела у обследованных детей (Me; 25; 75)

Периоды / группы	А группа	Б группа
1 месяц	1000 (900; 1200)	1200 (1000; 1300)
3 месяца	2900 (2400; 3100)	3100 (3000; 3400)
6 месяцев	5100 (4500; 6100)	5200 (5000; 5800)

Причины прекращения грудного вскармливания в А группе: пропало молоко – $50,0 \pm 10,9\%$, болезнь – $9,1 \pm 6,3\%$, нежелание кормить – $6 \pm 4,6\%$, привыкание ребёнка к бутылочке - $9,1 \pm 6,3\%$, стресс - $4,6 \pm 4,6\%$, на момент опроса продолжало грудное вскармливание $23,7 \pm 9,4\%$ женщин. В группе Б: пропало молоко у $22,2 \pm 14,7\%$, прекратили после болезни кормить $33,3 \pm 16,7\%$, $11,1 \pm 11,1\%$ ребёнка привыкли к бутылочке и не брали грудь, у $11,1 \pm 11,1\%$ мам причиной стало нежелание кормить ребёнка, а $22,2 \pm 14,7\%$ женщин продолжает грудное вскармливание. Докорм ребёнка в группе А мамы начали в среднем в 2,5 месяца, во второй группе в 3,5 месяца. За время грудного вскармливания в группе А болело $22,7 \pm 9,1\%$ детей, в группе Б этот показатель $11,1 \pm 11,1\%$, что сопоставимо с другими научными исследованиями [2].

Выводы.

В группе, где женщины имели 8,5 желез Монтгомери и более, дети дольше находились на грудном вскармливании, лучше набирали вес и докорм им требовался позже. Дети этой группы также имели меньше эпизодов ОРИ. В группе А самой частой причиной прекращения грудного вскармливания – снижение лактации, в группе Б – болезнь матери.

Грудное молоко представляет собой самую лучшую и полезную пищу для младенцев, что подтверждается результатами нашего исследования. Сохранение грудного вскармливания – задача каждой мамы.

И.А. КОРБУТ¹, Л.Ю. ФЕДЮКОВА¹, И.А. ПРЯДИХИНА², Е.Н. ПАШКЕВИЧ²
РОЛЬ ДОРОДОВОЙ pH-МЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

¹ – УО «Гомельский государственный медицинский университет»

² – Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Приоритетной проблемой в акушерстве и перинатологии остается инфекционная патология. Нарушение микробиоценоза половых путей увеличивает риск осложнений в родах и послеродовом периоде. Развитие инфекции связано с активацией микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища, что делает необходимым проведение комплексной её оценки. Чаще возбудителями является условно-патогенные бактерии, которые входят в состав нормальной микрофлоры женщины.

Цель. Изучить взаимосвязь данных pH-метрии влагалищных выделений с клинико-лабораторными показателями беременных и с состоянием новорождённых.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование 50 женщин, родоразрешенных в ГОКБ с декабря 2015г. по январь 2016г. Статистическая обработка: прикладные программы Microsoft Office: качественных – Me (25;75 перцентилей), количественных – $n, p \pm sp$ %, $p < 0,05$ признаков. Для оценки кислотности влагалища использовали тест-полоски «Уротест» и универсальная лакмусовая индикаторная бумага. Нами было сформировано 2 группы женщин: группа А включает 32 пациентки с уровнем $pH \leq 5$, в группу Б вошли 18 пациенток с $pH \geq 6$.

Результаты исследования: Количество женщин, у которых имелось воспаление мочеполовой системы в обеих группах не различалось и составляло 20 ($62,5 \pm 8,6\%$) обследованных в группе А и 11 ($61,1 \pm 11,8\%$) в группе Б. При этом вагинит был у 5 ($15,6 \pm 6,4\%$) пациенток группы А и 5 ($27,8 \pm 10,9\%$) группы Б.

Выкидыши, неразвивающаяся беременность и пороки развития детей выявлены в анамнезе у 2 ($6,3 \pm 4,3\%$) и 2 ($11,1 \pm 7,6\%$) пациенток группы А и Б соответственно.

Осложнения беременности в группе А были у 13 ($40,6 \pm 8,7\%$) пациенток, во группе Б у 7 ($38,9 \pm 11,8\%$).

Через естественные родовые пути были родоразрешены 21 беременная ($65,6 \pm 8,4\%$) группы А и 9 ($55,6 \pm 12,1\%$) – группы Б. Амниотомия была произведена 12 ($37,5 \pm 8,6\%$) и 3 ($16,7 \pm 9,0\%$) женщинам, преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 6 ($18,8 \pm 6,9\%$) и 5 ($27,8 \pm 10,9\%$) пациенток групп А и Б соответственно. Аномалии родовой деятельности были у 3 ($9,4 \pm 5,2\%$) родильниц группы А и у 3 ($16,7 \pm 9,0\%$) – в группе Б. Родовой травматизм матери диагностирован у 11 ($34,4 \pm 8,4\%$) женщин группы А и 7 ($38,9 \pm 11,8\%$) группы Б. послеродовый период осложнялся кровотечением, потребовавшего выполнения ручного контроля полости матки у 2 ($6,3 \pm 4,3\%$) и 2 ($11,1 \pm 7,6\%$) обследованных группы А и Б соответственно.

В таблице 1 представлены результаты микроскопии отделяемого половых путей обследованных женщин на момент поступления.

Таблица 1 – Результаты микроскопии отделяемого половых путей женщин ($n, p \pm sp$ %.)

Периоды / группы	А группа	Б группа
Лейкоциты 5-10	16 ($50,0 \pm 8,8\%$)	5 ($27,8 \pm 10,9\%$)
Лейкоциты 10-20	6 ($18,8 \pm 6,9\%$)	6 ($33,3 \pm 11,4\%$)
Лейкоциты 20 и >	10 ($31,3 \pm 8,2\%$)	7 ($38,9 \pm 11,8\%$)

В группе А с нормальным микробиоценозом влагалища наблюдалось $50,0 \pm 8,8\%$ пациенток, в то время как в группе Б таких было только $16,7 \pm 9,0\%$ ($\chi^2 = 2,44$, $p < 0,02$).

При бактериологическом исследовании отделяемого половых путей на флору в группе А грибы рода *Candida* были обнаружены у 9 (28,1±7,9%) обследуемых женщин, в группе Б – 7 (38,9±11,8%), *E.coli* высевалась в группе Б в два раза чаще, чем в группе А, а именно в группе А у 5 (15,6±6,4%) беременных, в группе Б - 6 (33,3±11,4%). *Streptococcus group D* обнаружен у 8 (25,0±7,7%) и 5 (27,8±10,9%) женщин в группе А и Б соответственно. *Staphylococcus aureus* наблюдался у 1 (3,1±3,1%) обследованной группы А и 2 (11,1±7,6%) группы Б. *Staphylococcus saprophyticus* выявлен у 1 (3,1±3,1%) и 1 (5,6±5,6%) пациентки групп А и Б соответственно. Полимикробные ассоциации были обнаружены у 6 (18,8±6,9) беременных группы А и 5 (27,8±10,9%) группы Б.

Осложнения раннего неонатального периода новорожденных наблюдалось у 12 (37,5±8,6%) и 9 (50,0±12,1%) детей в группах А и Б соответственно: желтуха в группе А была диагностирована у 4 (12,5±5,9%) новорожденных, в группе Б – 6 (33,3±11,4%). Аспирационный синдром группе А диагностирован у 5 (15,6±6,4%) детей, в группе Б у 5 (27,8±10,9%). Порок сердца выявлен у 1 (3,1±3,1%) и 1 (5,6±5,6%) ребёнка группы А и Б соответственно. В группе А также наблюдалось по 1 случаю кефалогематомы (3,1±3,1%), эритемы кожи (3,1±3,1%) и аномалии желчевыводящих путей (3,1±3,1%).

Выводы.

Ph-метрия влагалищного отделяемого – объективный метод, дающий возможность диагностировать инфекционную патологию.

Нормальное значение кислотности половых путей позволяет предположить врачу не только наличие нормального биоценоза ($\chi^2=2,44$, $p<0,02$), но и ожидать более благоприятного исхода беременности.

Динамическое измерение pH влагалища может быть использовано для ранней диагностики инфекционного процесса, т.к. данный метод является простым, неинвазивным и не требует больших затрат.

КОРБУТ И.А.¹, КАЛУГА В.В.¹, КРАВЧЕНКО А.И.², ВОРОЖУН Ю.Н.² КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИСТРЕПТАЗА» В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹-УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²-Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Воспалительные процессы органов малого таза (ВЗОМТ) составляют 74-80% от всех гинекологических заболеваний и 24% от общего числа больных, госпитализированных в гинекологический стационар. Впоследствии, у 25% из них развивалось бесплодие, осложнения беременности, синдром хронической тазовой боли, дисгормональные заболевания гениталий, спаечный процесс в малом тазу. Таким образом, ВЗОМТ вызывают роковые последствия в отношении репродуктивного здоровья женщины, создавая тем самым медицинские, социальные и экономические проблемы.

В 60-85% случаев трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) является следствием воспалительных заболеваний. Основная причина бесплодия в таких случаях – спайки и фиброзные изменения яичников, образующиеся даже после однократного воспаления. В связи с этим все большее внимание уделяется поиску оптимальных путей решения проблем, связанных с последствиями воспаления.

Для лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза применяют антибактериальные, противовоспалительные, антимикотические и иммуномодулирующие препараты. Большое значение в лечении таких пациентов принадлежит ферментам и средствам, которые улучшают микроциркуляцию.

Цель: определение клинической эффективности препарата «Дистрептаза» в комплексном лечении гинекологической патологии

Материалы и методы. Проспективное исследование историй болезни пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделении Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с января по июль 2016 гг. Основная группа – 21 женщина принимавших «Дистрептазу» для профилактики и лечения спаечного процесса в малом тазу. Показаниями для назначения рассасывающей терапии были: наружный генитальный эндометриоз, спаечная болезнь, синдром тазовых болей, хронический чальпингоофорит, бесплодие, гидро- и пиосальпингс, послеоперационный период после апоплексии яичника и нарушенной трубной беременности. Был выполнен анализ 27 карт пациенток без указанной терапии (группа сравнения). Статистическая обработка – пакет прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA).

Препарат для рассасывающей терапии – Дистрептаза, выпускается в форме ректальных свечей, в каждой из которых содержится оригинальная комбинация активных веществ – стрептокиназы 15 000 МЕ и стрептодорназы 1250 МЕ, а также вспомогательные субстанции, которые облегчают всасывание и попадание активных компонентов в кровеносное и лимфатическое русло органов малого таза. Механизм действия «Дистрептаза» основан на уникальном сочетании активных компонентов препарата, что обуславливает быстрый лизис некротических масс, отложений фибрина и тромбов, что ведет к растворению спаек. Препарат рекомендуется с первых дней воспалительного процесса, действует на все фазы воспаления и предупреждает развитие спаечного процесса. Курс лечения составляет 7–10 дней.

Результаты и обсуждение. Возраст пациенток основной группы был от 24 до 50 лет (средний $33,5 \pm 1,7$), в группе сравнения – от 24 до 48 лет (средний $32,2 \pm 1,4$).

Возраст менархе у пациенток обеих групп не различался – $12,7 \pm 0,3$ лет, и $12,6 \pm 0,3$ года, соответственно. Бесплодие у пациенток в основной группе – 7 случаев ($0,4 \pm 0,1\%$), у пациенток из группы сравнения – 5 случаев ($0,3 \pm 0,1\%$).

При микроскопии мазков отделяемого из влагалища, среди пациенток основной группы: у 15 пациенток (71,4%) – I степень чистоты влагалища; у 4 женщин (19,1%) – II степень; у 2 обследованных (9,5%) – III степень чистоты (выявлены *Streptococcus agalactiae* 10^6 ; *Enterococcus* spp. 10^5 ; *Escherichia coli* 10^5). Среди пациенток группы сравнения: у 15 (79,0%) – I степень чистоты влагалища; у 2 (10,5%) – II и у 2 пациенток (10,5%) – III степень чистоты влагалища (выявлены *Streptococcus agalactiae* 10^6 ; *Enterococcus* spp. 10^6 ; *Escherichia coli* 10^6).

УЗИ органов малого таза в основной группе выявило миому матки у 3 пациенток (14,3%). У 4 обследованных по результатам данных УЗИ ОМТ (19,1%) был верифицирован диагноз спаечного процесса в малом тазу. В группе сравнения у 2 пациенток (10,5%) была верифицирована миома матки больших размеров, у 1 женщины (5,3%) – спаечный процесс в малом тазу.

Выраженный болевой синдром отмечали 13 пациенток ($61,9 \pm 0,1\%$) из основной группы, и 10 человек ($52,6 \pm 0,1\%$) из группы сравнения. Оперативное лечение выполнялось 17 (80,9%) пациенткам из основной группы: лапароскопия – 11, лапаротомия – 6, при ревизии органов брюшной полости был верифицирован спаечный процесс в малом тазу. Остальные пациентки – 4 (19,1%) получали консервативное медикаментозное лечение. Из группы сравнения лапароскопия выполнена 10, а лапаротомия – 8 людям, был верифицирован спаечный процесс в малом тазу. Одна пациентка из группы сравнения получала комплексное консервативное лечение.

Физиотерапевтическое лечение получали 19 женщин основной группы (90,5%), из них 13 был назначен курс ПМП (переменное магнитное поле); курсы ПМП и ЛМТ

был назначен 5 и 1 обследованной был назначен курс ЛМТ (лазероманнитотерапии). Также физиотерапевтическое лечение получали 17 пациенток (89,5%) из группы сравнения, из них 12 – ПМП; ПМП и ЛМТ – 3, 2 женщинам – только ЛМТ.

Среди пациенток основной группы антибактериальные препараты в качестве профилактики накануне и после хирургического вмешательства получали 12 (57,1%) пациенток. Антибактериальные препараты для лечебных целей получали 19 пациенток (90,5%).

Среди пациенток в группе сравнения антибактериальные препараты в качестве профилактики накануне и после хирургического вмешательства получали 14 (73,68%) пациенток. Антибактериальные препараты для лечебных целей получали 17 пациенток (89,47%).

Число койко-дней, проведенных пациентками в стационаре и получающих стандартный курс терапии в комбинации с «Дистрептазой» составил от 4 до 13 дней; в среднем $7,86 \pm 0,55$ дней. Число койко-дней, проведенных пациентками в стационаре и получающих стандартный курс терапии, без «Дистрептазы» составил от 6 до 14 дней; в среднем $9,26 \pm 0,5$ дней.

Вывод. На основании нашего исследования можно сделать вывод о том, что использование в комплексной терапии препарата «Дистрептаза» позволяет сократить сроки лечения у данной группы пациенток, что является важным социо-экономическим показателем.

Ю.К. КОСС, И.А. ХИЛЬКЕВИЧ

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА СЦЕПЛЕННОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО И РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Деформация крупных суставов нижних конечностей является наиболее частой причиной развития ортопедических заболеваний, которые нередко приводят к ранней инвалидности.

Наиболее эффективным способом лечения остеоартроза коленного сустава при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии является его тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС). Неудовлетворительные результаты и ревизионное ТЭКС, зачастую, связаны с неверно подобранной предварительно конструкцией; у пациентов с тяжелым поражением сустава, значительным дефицитом костной массы мышечков бедра и голени и скомпрометированностью связочного аппарата применялись несвязанные или малосвязанные импланты. Не следует также забывать, что сцепленные модели эндопротезов имеют и недостатки: высокий уровень асептического расшатывания в ближайшие годы после имплантации (16–50%); необходимость обширной резекции костной ткани при их имплантации, и как следствие, большие костные дефекты, приводящие к значительным трудностям при ревизионных операциях.

Материалы и методы. По данным травматолого-ортопедического отделения ГОКБ за 2015 г. было выполнено 89 операций по поводу ТЭКС (в 2014 - 87). Возрастающее количество данных оперативных вмешательств требует освоения других методик эндопротезирования для тяжелых клинических ситуаций, а также в случаях возможных ревизионных ТЭКС. Следует отметить, что перечень показаний для применения эндопротезов коленного сустава сцепленных конструкций включает пациентов, для которых такой вариант эндопротеза – один из выходов с максимально возможным восстановлением функции коленного сустава.

Проводилось наблюдение, а также анализ историй болезни пациентов, которым выполнялось ТЭКС эндопротезами коленного сустава сцепленной конструкции в травматолого-ортопедическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период с августа 2015 по июнь 2016 года. Также в работе приводится обзор литературных данных по этому вопросу.

За период с августа 2015 по июнь 2016 года в травматолого-ортопедическом отделении ГОКБ было выполнено 14 оперативных вмешательств по поводу ТЭКС эндопротезами коленного сустава сцепленной конструкции. Во всех случаях использовались сцепленные эндопротезы фирмы «LINK» конструкции «Endo-Model».

Результаты и обсуждение. Все наблюдаемые пациенты были женского пола. Средний возраст составил 60,3 года (диапазон от 37 до 74 лет). Показаниями для оперативного лечения явился идиопатический деформирующий гонартроз 3-4 стадий (90% всех наблюдений) с вальгусной деформацией и/или фронтальной нестабильностью. В 1 случае гонартроз сочетался значительным дефектом мыщелков большеберцовой кости как исход ревматоидного артрита. В 1 случае на момент операции выявлена стойкая сгибательная контрактура в функционально невыгодном положении (положение сгибания под углом 50°). В одном случае проводилось ревизионное ТЭКС (септическая нестабильность предыдущего эндопротеза).

Оперативное вмешательство проводилось под пневможгутом на уровне средней трети бедра (длительность компрессии составила не более 120 минут). Вариант оперативного доступа во всех случаях – медиальный парapatеллярный. Средняя длительность операции составила 135 мин. Средний объем кровопотери при данной операции – 538 мл. Всем пациентам с целью коррекции гемостаза интраоперационно производилась трансфузия свежзамороженной плазмы.

По результатам анализа 8 из 14 пациентов 1 сутки послеоперационного периода провели в отделении реанимации и интенсивной терапии, где осуществлялся непрерывный мониторинг состояния. В послеоперационном периоде назначалась антибиотикотерапия: цефалоспорины 1 поколения – в 100% наблюдений, также комбинация с метронидазолом в 50% случаях. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений назначались антикоагулянты, в частности низкомолекулярные гепарины и эластичное бинтование обеих нижних конечностей. Средняя длительность пребывания пациентов на койке составила 14,5 дней.

Положительный эффект от проведенной операции отмечен пациентами в 90% случаев через 1 год после операции. Все пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома, были активизированы на вторые сутки (ходьба с опорой на костыли). У пациентки со сгибательной контрактурой в коленном суставе достигнуто полное разгибание. У пациентки с ревизионным ТЭКС восстановлена длина конечности.

Выводы. Первичное ТЭКС эндопротезом сцепленной конструкции должно производиться строго по показаниям, поскольку этот метод является резервным в случаях неудачного ТЭКС эндопротезами несцепленных конструкций.

Результаты проведенного исследования показывают, что проведение ТЭКС эндопротезом сцепленной конструкции является методом выбора в случаях тяжелого поражения коленного сустава. Результаты свидетельствуют не только о восстановлении физиологических соотношений сегментов конечности, а также о восстановлении стабильности и достаточного объема движений в коленном суставе, устранении болевого синдрома.

Благодаря этому оперативному вмешательству происходит ускорение медико-социальной реабилитации, что значительно повышает качество жизни пациента.

Совершенствование операционной техники и соблюдение нюансов на всех этапах послеоперационного ведения пациентов позволяет значительно снизить послеоперационные осложнения.

Е.Л. ЛАШКЕВИЧ¹, С.Е.МАЛЬЦЕВА², Т.В. АНИСКЕВИЧ²
**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ У ПАЦИЕНТОК С
НЕДОНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

¹ – УО «Гомельский государственный медицинский университет»

² – У «Гомельская областная клиническая больница»

Инфекционно-воспалительные заболевания в период гестации являются наиболее частой причиной невынашивания беременности. При наличии обострений хронической инфекции генитального тракта во время беременности частота невынашивания беременности составляет от 1,6 до 12,9%, преждевременных родов – от 9,8 до 33,3%, в зависимости от времени диагностики и лечения выявленной инфекции. Вагиниты у беременных развиваются в 2-4 раза чаще, чем у небеременных. При персистенции микроорганизмов в эндометрии у 70% женщин обнаружены проявления дисбиоза в составе микробиоценоза влагалища. Развитие дисбиотических процессов в микробиоценозе нижнего отдела полового тракта является ведущим патогенетическим звеном в механизме восходящего инфицирования. Наличие нормального микробиоценоза влагалища во время беременности уменьшает риск преждевременных родов в 4 раза.

Цель исследования – изучить гинекологический анамнез у пациенток с недонашиванием беременности.

Материалы и методы. Нами обследовано 143 женщины, родившие через естественные родовые пути, – 77 с преждевременными родами (основная группа) и 66 со срочными родами (контрольная группа). Анализировали гинекологический анамнез в зависимости от срока родов. Данные представлены в виде доли (р,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Гинекологические заболевания до настоящей беременности были одинаково часто в обеих группах – в 74,0% у пациенток с недонашиванием беременности и в 62,1% – при родах в физиологический срок. Воспаление нижних отделов половых путей было более чем у половины пациенток в каждой из групп. В основной группе среди заболеваний шейки матки у 30 (39,0%) женщин диагностирована псевдоэрозия шейки матки и у 4 (5,2%) дисплазия шейки матки, в контрольной группе выявлена только псевдоэрозия шейки матки. Из 34 женщин с заболеваниями шейки матки, чья беременность закончилась преждевременными родами, у 16 (47,1%) были использованы деструктивные методы лечения: в 1 случае диатермоэлектрокоагуляция, 1 – лазерная коагуляция, 14 – диатермоэлектрокоагуляция шейки матки. У женщин, донашивших беременность, в прошлом деструктивные методы лечения заболеваний шейки матки применяли в 10 случаях из 29 (34,5%): 7 – диатермоэлектрокоагуляция, 3 – криодеструкция шейки матки.

До настоящей беременности перинатально значимая урогенитальная инфекция была диагностирована при недонашивании беременности у 14 женщин, в том числе у 5 хламидийная инфекция, у 3 уреаплазменная инфекция, у 2 сифилис и по 1 случаю генитального герпеса, трихомоноза, кондиломатоза вульвы и сифилиса в сочетании с уреаплазменной инфекцией. При срочных родах у 5 пациенток ранее были диагностированы перинатально значимые инфекции, из них у 2 хламидийная инфекция и по 1

случаю уреаплазменной инфекции, сифилиса и сочетанной хламидийно-уреаплазменной инфекции.

У женщин с преждевременными родами статистически значимо чаще выявлен хронический сальпингоофорит – $26,0 \pm 5,0$ случаев на 100 обследованных против $10,6 \pm 3,8$ при срочных родах ($p < 0,02$). Значение воспаления верхних отделов полового тракта при невынашивании беременности заключается также и в особенности его клинического течения: у 14 (18,2%, $p < 0,001$) данных пациенток было обострение сальпингоофорита в течение одного года до наступления настоящей беременности, что потребовало стационарного лечения у 12 (15,6%) против 2 (3,0%) доносивших до физиологического срока родов ($p = 0,021$).

Доброкачественные гормонзависимые заболевания были диагностированы у 4 пациенток с досрочной потерей беременности и у 3 со срочными родами. В обеих группах у 2 родильниц диагностирована субсерозная миома матки небольших размеров и одна в прошлом перенесла хирургическое вмешательство по поводу разрыва оболочки кисты яичника. У одной пациентки, не доносившей беременность, диагностирована диффузная фиброзно-кистозная мастопатия.

Выводы

Преждевременные роды связаны с высокой частотой хронического сальпингоофорита (26,0%, $p = 0,02$), причем с обострением воспаления в течение одного года до настоящей беременности (18,2%, $p < 0,001$), лечением заболевания в условиях стационара (15,6%, $p = 0,021$).

Клинический случай

А.А. ЛЫЗИКОВ, Б.А. МАСЛЯНСКИЙ, М.А. ШУБЕНОК,

В.Б. МАСЛЯНСКИЙ, В.И. КОНДРАТЬЕВА

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ АДВЕНТИЦИИ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Кистозная болезнь адвентиции – редкое заболевание кровеносной системы, характеризующееся внутрисосудистым образованием кист с накоплением желеобразного содержимого, содержащего мукополисахариды и мукопротеины. При КБА поражаются как артериальные, так и венозные сосуды. КБА венозной системы – это очень редкое состояние, в мировой литературе описано около 30 случаев. Этиология и патогенез КБА венозной системы до сих пор остаются невыясненными [4,5,7,8].

Существует несколько гипотез:

- 1) эмбриональная теория (мезенхимальные клетки близлежащих суставов мигрируют в адвентицию сосудов в ходе эмбрионального развития)
- 2) теория метастазирования (синовиальные клетки в процессе жизни проникают в адвентицию сосудов в области суставов).
- 3) теория системного заболевания (дегенерация адвентиции как результат болезни соединительной ткани)
- 4) теория повторной травматизации (адвентиция подвергается кистозной трансформации в результате растяжения сосуда в области сустава)

Описание клинического случая: У пациентки Г., 36 лет, профессионального водителя, первые жалобы возникли в январе 2016 г., когда после короткой пробежки стала отмечать ноющие боли в правой паховой области и отечность правой ноги.

За медицинской помощью обратилась лишь в марте. 28.03.2016г. пациентка выполнила УЗИ вен нижних конечностей, при котором выявлен тромбоз поверхностной

бедренной вены, глубокой вены бедра, задних берцовых вен без признаков флотации верхушки тромба. В проекции верхней границы тромбоза определяется эхонегативное образование, не прокрашивающееся при ЦДК, с тонкими стенками размером 18х21мм.

В тот же день, 28.03.2016г., пациентка осмотрена ангиохирургом ГОККЦ: Подострый феморальный флеботромбоз справа без флотации. Оперативное лечение и госпитализация в отделение хирургии сосудов не показаны. Рекомендовано: 1.эластическая компрессия - чулки 2 класс.

2. Нормовен 1т. Х 2раза 2месяца 2-3 раза в год.

3. Варфарин 2,5 мг 2т. 1 раз в сутки (МНО – 2-3) или ксарелто 10мг 1тх1р/д.

4. УЗИ контроль вен ног через 3 месяца.

5. Ограничение физической нагрузки 3 месяца.

6. Лечение под наблюдением хирурга по месту жительства.

Пациентка принимала ксарелто 10мг и нормовен в течение месяца, но поскольку эффекта от лечения не отмечала – самостоятельно прекратила прием лекарств. Сохранялась выраженная отечность ноги и боли в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе и нагрузке.

Повторно обратилась за помощью спустя 3 месяца. При УЗИ от 13.06.2016г. установлено, что справа в проекции слияния ГВБ и ПБВ определяется эхонегативное образование 19,5х22 мм, затрудняющее отток крови из ПБВ. Справа вена расширена, эффект спонтанного псевдоконтрастирования. Компрессируется вена не полностью.

13.06.2016г. пациентка осмотрена онкологом ГОКОД. Диагноз: образование мягких тканей правой паховобедренной области неясного генеза. Учитывая высокую вероятность травмы магистральных сосудов, пациентка записана на пункционную биопсию (ТИАБ) под УЗ-контролем. 16.06.2016г. в отделении ультразвуковой диагностики после выполнения УЗИ пациентке рекомендована тонкоигольная аспирационная биопсия гипоехогенного объемного образования на уровне верхней трети правого бедра с последующей попыткой аспирации для разгрузки сдавления бедренной вены в качестве лечебной манипуляции. 28.06.2016г. производится пункция с УЗ-контролем. После обработки кожи произведена ТИАБ жидкостного образования в правой паховой области, при аспирации получена желтого цвета студенистая масса, из-за густоты содержимого полная аспирация невозможна. Материал направлен на цитологическое исследование. Цитологически: обильное гомогенное межтучное вещество, в небольшом количестве макрофаги. Заключение онколога ГОКОД 28.06.2016г.: по результатам обследований данных за наличие злокачественной опухолевой патологии мягких тканей правой паховой области нет. Рекомендовано дообследование, лечение у хирурга по месту жительства.

7.07.2016г. пациентка госпитализируется во 2-е хирургическое отделение Гомельской областной клинической больницы. При поступлении: жалобы на несильные боли в правой паховой области и опухание правой ноги, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке. Объективно: правая нога обычной окраски, теплая на ощупь, утолщена за счет плотного отека (голень +3,5 см; бедро +5см). Пульсация периферических артерий сохранена. Симптомы Хоманса, Мозеса отрицательны.

При стандартном лабораторном обследовании значимых отклонений показателей не выявлено: ОАК эритроциты 3,78; гемоглобин 120г/л; гематокрит 33%; лейкоциты 6,3; п5с58э1м9л27; СОЭ 22 мм/ч; ОАМ с/ж; кислая ; отн.плотность 1010; белка нет; сахар отр; лейкоциты 0-1 в п/зр; эпителий 2-3 в п/зр. Общий белок 76,3г/л; мочевины 5,3 ммоль/л; креатинин 80,5 мкмоль/л; билирубин 11,4 мкмоль/л; АЛТ 16 Ед/л; АСТ 19 Ед/л; глюкоза 4,6 ммоль/л. Коагулограмма АЧТВ 29,9 с; ПТИ 0,96; фибриноген 3,1 г/л; ТВ 13,4. Пациентке выполнено УЗИ и компьютерная томография с контрастированием.

Компьютерная томография 13.07.2016г. на уровне ОПА, НПА, проксимальной трети БА. Патологических изменений со стороны артерий не выявлено. Справа в области бедренной вены на участке между слиянием глубокой вены бедра и большой подкожной вены с бедренной веной определяется объемное кистовидное образование размером 16х19х21 мм, которое сдавливает просвет ПБВ, содержимое образования однородное, жидкостное +7/+29 ед Н, контрастирования в полости образования за время исследования не выявлено. Отмечается замедленное контрастирование вен справа, диаметр вен дистальнее образования расширен (БВ 14 мм, ГВБ 8 мм), слева вены не изменены (контрастирование своевременное, диаметр БВ 6 мм, ГВБ 5 мм). Верхний полюс образования расположен на уровне отхождения медиальной артерии, огибающей бедренную кость (артерия прилежит к образованию в верхнее-латеральном отделе).

Паховые, бедренные лимфоузлы с двух сторон до 7 мм.

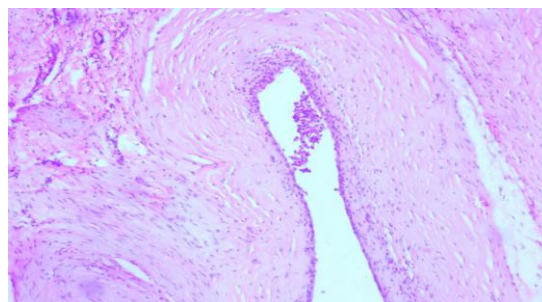
Костных деструктивных и травматических изменений не выявлено. Суставные щели тазобедренных суставов не сужены, головки бедренных костей правильной округлой формы, легкое заострение суставной поверхности головки слева в области верхне-наружного квадранта.

Заключение: Объемное кистовидное образование, компримирующее ПБВ между ГВБ и БПВ.



14.07.2016г. пациентке выполнено оперативное лечение. Спинно-мозговая анестезия бупивакаином, положение на спине, доступ – продольный разрез в скарповском треугольнике. При ревизии бедренной вены установлено, что образование имеет плотно-эластическую консистенцию и расположено в просвете бедренной вены. При выполнении продольной венотомии, вскрыт просвет кисты и в рану выделилась желеобразная масса светло-желтого цвета. Стенки кисты иссечены и направлены на гистологическое исследование. Бедренная вена ушита. Рана дренирована трубчатым дренажом на 24 часа. В послеоперационном периоде пациентке назначены анальгетики (кеторолак), антибиотик (триксоцеф) и низкомолекулярный антикоагулянт (клексан).

Патологогистологическое заключение: Стенки гладкомышечной кисты с гиалинозом, без эпителиальной или эндотелиальной выстилки. Может соответствовать адвентициальной кистозной болезни вен. На фотографии видна стенка кисты с плотным коллагеновым каркасом и окружающая ее рыхлая адвентициальная оболочка.



Клинический эффект оперативного лечения был очевиден. Исчезли боли в паховой области при ходьбе. Отек ноги значительно уменьшился в течение 3 дней (на голени с 3,5 до 1 см, на бедре с 5 см до 2 см). При контрольном УЗИ бедренная вена проходима, диаметр ПБВ уменьшился и сравнялся с диаметром ОБВ. На 12-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение.

Заключение.

Кистозная болезнь адвентиции – редкая сосудистая патология, проявляющаяся внутрисосудистым образованием кист, приводящих к обтурации сосуда, с развитием его недостаточности. При ней поражаются крупные артерии или вены в области суставов.

Клинически болезнь протекает под маской тромбоза сосуда и правильный диагноз устанавливается лишь интраоперационно.

А.А. ЛЫЗИКОВ, Б.А. МАСЛЯНСКИЙ, М.А. ШУБЕНОК, В.Б. МАСЛЯНСКИЙ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В УГОКБ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Варикозное расширение вен - проблема не только эстетического характера: из-за развивающегося застоя крови в ногах это заболевание приводит к появлению хронической венозной недостаточности (ХВН), которая ведет к снижению качества жизни, а при неизбежном прогрессировании и отсутствии лечения является причиной таких осложнений как трофические язвы, тромбофлебит, кровотечение. По литературным данным этим заболеванием страдает до 25% населения развитых стран.

Одним из принципов хирургического лечения варикозной болезни считается ликвидация вертикального рефлюкса по магистральным подкожным венам. Ведущим методом хирургической коррекции в течение длительного времени была традиционная флебэктомия. В XXI веке гемодинамическая концепция лечения варикозной болезни не изменилась, но тенденцией развития лечения варикозной болезни в последнее время является активное применение эндоваскулярных методов, одним из которых является эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК). ЭВЛК является современной альтернативой флебэктомии, достоинством которой является малая инвазивность, высокая косметичность и низкая частота осложнений.

Первый случай применения лазера в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей был описан в 1998 г., с того времени в мире накоплен огромный опыт. В УГОКБ первая операция с помощью этой методики была проведена в июле 2015 г.

Цель работы: проанализировать частоту осложнений ЭВЛК в УГОКБ в сравнении с данными, приведенными в мировой литературе.

Материалы и методы. ЭВЛК как и другие методы лечения не лишена вероятности развития осложнений. К ним относятся: 1) тромбоз глубоких вен нижних конечностей, в т.ч. лазер-индуцированный тромбоз; 2) ожоги кожи; 3) повреждение нервов; 4) образование артериовенозных соустьев; 5) тромбофлебит; 6) экхимозы; 7), гиперпигментация; 8) лимфедема.

За июль 2015 – апрель 2016 г. в УГОКБ ЭВЛК была выполнена у 98 пациентов.

Оценка осложнений этого вмешательства производилась 1) интраоперационно; 2) при выполнении планового УЗ-контроля; 3) при обращении пациентов при возникновении у них жалоб; 4) при контрольной явке пациентов через 3 месяца после вмешательства. Для более объективной оценки все нежелательные явления условно разделены на клинически значимые и клинически незначимые.

К клинически значимым отнесены осложнения, которые могут потребовать дополнительного лечения, повлечь удлинение сроков стационарного лечения, нетрудоспособности и реабилитации. К ним отнесены: 1) тромбоз глубоких вен, в том числе ла-

зер-индуцированный тромбоз; 2) тромбофлебит неудаленных варикозных притоков; 3) ожог кожи; 4) образование артериовенозных соустьей; 5) лимфостаз.

К клинически незначимым относятся: 1) экхимозы и небольшие кровоподтеки; 2) гиперпигментация кожи; 3) парестезии.

Результаты и обсуждение.

Выявленные осложнения и их частота приведены в таблице 1.

Таблица 1. Осложнения ЭВЛК в ГОКБ

Осложнение		Количество пациентов	Частота осложнения в ГОКБ	Частота осложнения по данным литературы
Клинически значимые осложнения	тромбоз глубоких вен, в том числе лазер-индуцированный тромбоз	0	0%	до 5,7%
	тромбофлебит неудаленных варикозных притоков	1	1%	до 5%
	ожог кожи	0	0%	1,32%
	образование артериовенозных соустьей	0	0%	0,15%
	гипертонический криз при попадании раствора Кляйна в вену в ходе анестезии	1	1%	нет данных
Клинически незначимые осложнения	гиперпигментация кожи	5	5%	до 5%
	парестезии	1	1%	до 11%
	экхимозы	1	5%	5%

Вывод.

Частота осложнений ЭВЛК в УГОКБ не превышает значений, описанных в литературе, что позволяет говорить о том, что методика данного вмешательства освоена на должном уровне.

Клинически значимые осложнения, требующие дополнительного лечения и удлинения сроков нетрудоспособности, в нашем учреждении очень редки.

И.А.ОДНОКОЗОВ, Е.И. САЛИВОНЧИК, А.А.ХАРИТОНОВ
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ
ВНУТРИГОРТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Внутригортанные (без вскрытия гортани) операции под местной анестезией не теряют актуальности в настоящее время из-за большой распространенности доброкачественных образований гортани в РБ, стабильно высокой заболеваемости раком гортани, из-за противопоказаний для операций под наркозом.

Цель. Сравнить различные методы визуализации при внутригортанных операциях под местной анестезией.

Материалы и методы. В настоящей работе выполнен анализ результатов внутригортанных операций по поводу доброкачественных образований гортани и биопсий гортани под местной анестезией за 2015-2016 годы в гомельском областном фониатрическом кабинете и отделении оториноларингологии ГОКБ. Всего наблюдали 32 пациента в возрасте от 16 до 78 лет, у которых выполнена 41 операция. Женщин было

– 11, мужчин – 21 (разница обусловлена отсутствием рандомизации по полу). Наблюдались следующая патология: полипы гортани – 13, узелки – 11, рак – 5, дискератоз голосовой складки – 4, плоскоклеточная папиллома гортани – 3, гранулемы – 2, кисты среднего отделов гортани – 2, ангиофибромы голосовой складки – 1.

Все операции выполнены после премедикации. В 7 случаях проводилась двухсторонняя блокада верхнего гортанного нерва по Лайку.

В ходе операции использовались три метода визуализации.

1.Зеркальная

а.с применением сферических зеркал с фиксированным фокусом – 210- 350 мм – 5 хирургических операций;

б.с применением обычных гортанных зеркал и налобной лупы (увеличение *3,5, фокусное расстояние – 420 мм.) – 12 хирургических операций;

2.С применением жесткого ларингоскопа B&K type 5952 с 70⁰ оптикой – 5 хирургических операций.

3.Под фиброоптическим контролем (OLYMPUS ENE type T3)

а.щипцами фиброскопа – 7 хирургических операций;

б.инструментом для не прямой ларингоскопии – 12 хирургических операций.

Выбор метода визуализации производился на основании опыта врача-фониатра/врача-оториноларинголога с учетом индивидуальных психологических и анатомо-функциональных особенностей пациента: уровня тревожности, уровня глоточного рефлекса, способность пациента правильно выполнять необходимые действия во время операции, «глубины» гортани, наличия у пациента короткой шеи, толстого ригидного языка, низко расположенного свернутого надгортанника, повышенного слюноотделения.

Врачом-специалистом, проводившим хирургическую операцию, оценивался каждый метод визуализации по четырем критериям: достаточность визуализации, удобство проведения манипуляций во время хирургической операции, универсальность, удовлетворенность результатом. Оценка проводилась по столбальной шкале (0 – отсутствие критерия, 100 – критерий выражен максимально).

Кроме этого непосредственно после хирургической операции пациент оценивал по той же столбальной шкале степень дискомфорта во время операции.

Результаты и обсуждение. Для оценки результатов различных способов визуализации результаты по выбранным критериям представлены в виде Me(Q1;Q2).

По критерию достаточность визуализации результаты расположились в следующем порядке: группа 3b – 87.5(82.5;90), 3a – 75(65;80), 1b – 72.5(67.5;82,5), 1a 60(40;75), группа 2 – 55(45;80). По критерию удобство проведения манипуляций во время хирургической операции результаты расположились в следующем порядке: наилучший результат получен в группах 3a и 3b соответственно – 80(75;85) и 80(75;87,5), затем в группе 1b – 75(70;80), группе 2 – 65(40;70) и группе 1a – 55(50;65). Наилучшие результаты по критерию универсальность получены в группах 3b – 85(80;87,5) и 1b – 70(62,5;80), наихудший – в группах 1a 45(40;50) и группе 2 – 50(50;50). По критерию удовлетворенность результатом наилучший результат так же в группах 3b 85(82,5;90) и 1b – 80(80;87,5), а наихудший – в группе 3a 65(55;80).

Пациенты оценили максимальный дискомфорт во время операции в группах 1b – 55(45;60) и 2 – 65(55;70), а минимальный – в группах 3a – 25(25;30) и 3b – 35(32.5;40).

Выводы.

1.Применение рассмотренных методов визуализации при внутригортанных операциях под местной анестезией зависит от опыта хирурга, особенностей пациента и самого новообразования гортани.

2.Наилучшим по большинству выбранных критериев является метод визуализации при проведении фиброоптических операций.

О.Б. ПИКАС

СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
(кафедра фтизиатрии и пульмонологии), Киев, Украина*

Состояния цитоплазматических мембран влияет на нормальное функционирование организма. Структурная и функциональная дезорганизация мембран является следствием окисления их липидного компонента, что возникает под воздействием разных факторов и содействует развитию многих заболеваний. Основным субстратом в процессах перекисного окисления липидов (ПОЛ) есть преимущественно полиненасыщенные жирные кислоты (ПН ЖК). Сниженное количество ПН ЖК и повышенный уровень насыщенных жирных кислот (ЖК) в мембранах повышает их микровязкость, ригидность и антиоксидантную стойкость. Поэтому качественные и количественные изменения состава жирных кислот могут быть информативным показателем диагностики патологических процессов, что обусловило цель наших исследований.

Цель исследований – оценить метаболизм липидов в плазме крови (за составом жирных кислот) у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и определить их роль в развитии болезни.

Материалы и методы. Были обследованы 103 (53,9 % из 191) здоровых лица (I группа, контрольная) и 88 (46,1 % из 191) больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (II группа). Здоровые лица и больные фиброзно-кавернозным туберкулезом легких не курили сигареты и не участвовали в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Определение состава жирных кислот фосфолипидов в плазме крови проводили биохимическим методом на газожидкостном хроматографе серии “Цвет – 500” с плазмоионизационным детектором в изотермическом режиме. В основе метода лежит экстракция липидов из плазмы крови, выделение фосфолипидов, метилирование и газохроматографический анализ жирных кислот. Количественную оценку спектра жирных кислот проводили с помощью метода нормирования площадей путем определения пиков их метиловых эфиров и доли жирных кислот, которые выражали в процентах (%). Погрешность определения показателей составляла ± 10 %. Исследования проводили на базе Киевского противотуберкулезного

диспансера № 1, где больные находились на лечении.

Результаты и обсуждение. В плазме крови у лиц I группы (контрольная) в наибольшем количестве обнаруженные насыщенные ЖК: пальмитиновая ЖК (C16:0) – $(37,1 \pm 1,6)$ %, стеариновая ЖК (C18:0) – $(13,4 \pm 0,7)$ %. Из ненасыщенных ЖК в наибольшем количестве выявлены олеиновая (C18:1) и линолевая (C18:2) ЖК, которые составляли соответственно $(16,3 \pm 0,5)$ % и $(29,1 \pm 0,5)$ %. Большое суммарное содержание насыщенных жирных кислот $((50,5 \pm 1,6)$ %) обеспечивает стойкость системы крови к процессам перекисного окисления липидов.

У пациентов II группы отмечалось достоверное снижение уровня пальмитиновой ЖК (C16:0) в плазме крови до $(26,1 \pm 0,5)$ %, $p < 0,001$; в контроле $(37,1 \pm 1,6)$ %. Содержание стеариновой ЖК (C18:0) в плазме крови также достоверно снижалось до $(7,1 \pm 0,8)$ %, $p < 0,001$; в контроле – $(13,4 \pm 0,7)$ %.

У лиц II группы в плазме крови появилась миристиновая ЖК (C14:0) ($p < 0,001$), количество которой составило $(34,1 \pm 3,0)$ %. Уровень олеиновой ЖК (C18:1)

достоверно снижался у лиц II группы до $(8,7 \pm 0,3) \%$ ($p < 0,001$) по сравнению с I группой, где уровень ее составлял $(16,3 \pm 0,5) \%$. Содержание арахидоновой ЖК (C20:4) у лиц II группы повышалось до $(6,8 \pm 0,8) \%$, $p < 0,001$ (в I группе – $(3,9 \pm 0,4) \%$). В плазме крови у лиц II группы нами обнаружена характерная закономерность процесса конверсии жирных кислот – достоверное снижение ($p < 0,05$) насыщенных ЖК (пальмитиновой (C16:0) и стеариновой (C18:0)) и ненасыщенных ЖК (олеиновой (C18:1) и линолевой (C18:2)). Такие изменения состава жирных кислот липидов в плазме крови у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (II группа) определяют снижение полиненасыщенности липидного комплекса до $(17,0 \pm 2,0) \%$ ($p < 0,001$) (при $(33,3 \pm 1,5) \%$ в контрольной группе) и снижение суммарного количества ненасыщенных ЖК до $(25,7 \pm 2,1) \%$ ($p < 0,001$) при $(49,5 \pm 1,6) \%$ у здоровых лиц.

Выводы.

В плазме крови у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких состав жирных кислот липидов изменяется: достоверно повышается суммарный уровень насыщенных жирных кислот на фоне снижения суммарного количества ненасыщенных и полиненасыщенных жирных кислот.

Показано, что существует связь и зависимость между развитием фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и нарушением липидного обмена с модификацией состава их жирных кислот в плазме крови, что важно учитывать при проведении лечения данных пациентов и является перспективой фтизиатрии.

П. Б. ПИКАС

ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика (кафедра хирургии и трансплантологии), Киев, Украина*

Всем заболеваниям свойственны определенные изменения интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), основным субстратом которых являются фосфолипиды мембран. Наиболее чувствительными к ПОЛ есть линолевая (C18:2) и арахидоновая (C20:4) жирные кислоты (ЖК).

В просвете толстой кишки образуются жирные кислоты с короткой цепью (уксусная, пропионовая, масляная). Масляная жирная кислота поддерживает гомеостаз кишечника и усиливает его барьерную функцию. В организме человека одни жирные кислоты взаимопревращаются в другие. Поэтому качественные и количественные их изменения могут свидетельствовать о наличии патологического процесса.

Цель наших исследований - оценить состояние перекисного окисления липидов (метаболизм липидов) в сыворотке крови у больных с 1-2 полипами желудка.

Материалы и методы. Было обследовано 35 (52,2 %) здоровых лиц (I группа, сравнения) и 32 (47,8 %) пациента с 1-2 полипами желудка (II группа).

С помощью фиброгастродуоденоскопии обнаруживали полипы желудка и двенадцатиперстной кишки. При эндоскопическом исследовании проводили забор материала полипа желудка для биопсии и морфологического изучения (с целью исключения или подтверждения его малигнизации).

Метаболизм липидов в сыворотке крови изучали по количественному и качественному состоянию жирных кислот их фосфолипидов. Исследования проводили на газожидкостном хроматографе серии «Цвет – 500». Подготовку проб и газохроматографический анализ липидов в сыворотке крови проводили согласно методики Л.В. Сазоненко и Т.С. Брюзгиной (2003). Оценку состава жирных кислот липидов в сыворотке

крови проводили путем определения пиков метиловых эфиров жирных кислот и их частицы (в %).

Исследования проводили на базе клиники Государственного заведения «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова» НАМН Украины, где больные находились на амбулаторном или стационарном лечении.

Достоверной считали разницу при уровне статистической значимости $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$.

Результаты и обсуждение. У пациентов II группы в сыворотке крови увеличилось суммарное количество ненасыщенных ЖК (в том числе полиненасыщенных) и снижалось суммарное количество насыщенных ЖК. У лиц II группы сумма ненасыщенных ЖК увеличилась до $(54,7 \pm 1,8) \%$ ($p < 0,001$) при $(43,0 \pm 2,0) \%$ в группе сравнения, а содержание полиненасыщенных жирных кислот (ПН ЖК) - до $(39,0 \pm 1,6) \%$ ($p < 0,001$) при $(18,8 \pm 1,8) \%$ у здоровых лиц в результате увеличения содержания линолевой (C18:2) и арахидоновой (C20:4) ЖК. Уровень линолевой ЖК (C18:2) увеличился до $(26,4 \pm 1,5) \%$ у пациентов II группы ($p < 0,001$) при $(16,0 \pm 1,4) \%$ у лиц I группы. Уровень арахидоновой ЖК (C20:4) увеличился до $(11,3 \pm 1,0) \%$ у пациентов II группы ($p < 0,001$) при $(2,8 \pm 0,3) \%$ у лиц I группы. Суммарное содержание насыщенных ЖК снижалось у больных II группы до $(45,3 \pm 1,8) \%$ ($p < 0,001$) при $(57,0 \pm 2,0) \%$ у лиц I группы. В сыворотке крови у пациентов II группы появлялась миристиновая (C14:0) $(9,5 \pm 0,8) \%$ и маргариновая (C17:0) ЖК $(0,7 \pm 0,1) \%$ ($p < 0,001$), отсутствующие у лиц I группы. Уровень пальмитиновой (C16:0) и стеариновой (C18:0) ЖК достоверно снижался до $(28,6 \pm 1,5) \%$ и $(5,8 \pm 0,6) \%$ соответственно у пациентов II группы ($p < 0,001$) по сравнению с здоровыми лицами I группы, где количество пальмитиновой ЖК составило $(41,9 \pm 0,9) \%$, а стеариновой ЖК - $(15,1 \pm 1,3) \%$.

Выводы.

У пациентов с 1-2 полипами желудка состав жирных кислот липидов в сыворотке крови изменяется: увеличивается суммарное содержание ненасыщенных жирных кислот (в том числе полиненасыщенных) и снижается суммарное количество насыщенных жирных кислот, что обуславливает потребность в коррекции их состава и является перспективой последующих исследований.

*Л.В. РУБИС, Е.В. ГОНЧАРОВА, С.Э. КАРПОВА, Л.В. КЛЮЧИНСКАЯ,
О.И. САВЧЕНКО*

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Совершенствование неонатальной помощи привело к прогрессивному снижению уровня смертности недоношенных новорожденных (от 26 недель) с экстремально низкой массой тела (от 500 г) при рождении. В свою очередь это привело к росту заболеваемости ретинопатией недоношенных. Существует тесная корреляция между частотой развития заболевания и степенью незрелости ребенка, которая зависит от массы тела при рождении и гестационного возраста. Чем меньше масса тела и гестационный возраст, тем выше частота развития ретинопатии недоношенных (РН).

У глубоко недоношенных детей с массой тела при рождении менее 900 г риск развития РН превышает 90% поэтому проблема развития ретинопатии недоношенных остается актуальной. Ретинопатия недоношенных (РН) или ретролентальная фибропла-

зия – это тяжелое витреоретинальное заболевание глаз, связанное с повреждением сетчатки недоношенных детей, приводящее к слабослыдению или слепоте из-за фиброзно-васкулярной пролиферации в незрелой сетчатке.

Важно подчеркнуть полиэтиологичность данного заболевания.

Следует отметить, что в 80%случаях РН протекает по классическому типу, проходя последовательно все стадии на пути к ретролентальной фиброплазии. Лишь в 15-20% случаев развивается самопроизвольный регресс заболевания на ранних стадиях.

Цель работы: провести анализ эффективности офтальмологического скрининга и ведения пациентов с РН,

Материалы и методы.

За период с января 2015г. по июль 2016г. были обследованы офтальмологом ГОКБ 506 детей, которые находились на выхаживании в отделении патологии недоношенных детей ГОКБ. Среди них выявлено 337детей (66.6%), которые составили группу риска (25-34 недели) по развитию РН.

Все дети из группы риска, как выявилось, имели достаточно серьезную соматическую патологию (синдром угнетения ЦНС- 118детей; СДР – 168, ВЖК -31, кислородозависимость – 62 ребенка, вторичная гидроцефалия -8, ВУИ- 172ребенка)

Во всех случаях отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: гинекологические и соматические заболевания, фетоплацентарная недостаточность.

Всем младенцам группы риска была назначена консервативная терапия. Стандартом лечения являются инъекции 12.5% раствора этамзилата – 0.4 мл в\м (либо в\в), инстиллирование 1%раствора эмоксипина 3 – 6 раза в сутки, при развитии РН – дексаметазона 0.1% р-р 4р/сутки

Как известно первые признаки развития патологии проявляются не ранее 4-6 нед постконцептуального возраста.

Пациенты группы риска неоднократно были обследованы офтальмологом, таким образом, это позволило произвести своевременный скрининг развивающейся патологии.

У 292 младенцев (с гестационным сроком - 28-34 нед при рождении) выявлена фаза угрозы РН без явлений развития заболевания во время динамических офтальмологических осмотров

28 детей с первой степенью активной фазы РН без признаков плюс-болезни.

У 8 детей РН развивалась до 2 стадии

С развитием пороговой стадии 4 детям выполнена своевременная лазеркоагуляция, с положительными результатами в отдаленном периоде (при офтальмологическом обследовании) - в 3 случаях; отрицательная динамика отмечалась у 1 ребенка. В основном такие явления были обусловлены осложнением соматического состояния (повторные ВЖК)

Выводы.

Систематическое офтальмологическое обследование недоношенных детей позволяет проводить своевременный скрининг РН

Своевременная диагностика РН и лазерная коагуляция сетчатки пороговых стадий позволяют сохранить состояние развивающейся оболочки глазного яблока, и тем самым сохранить предметное зрение у значительного числа детей.

Достаточно эффективным методом лечения ранних стадий пре- и РН является консервативная терапия, а прогрессирующих форм - лазерная коагуляция сетчатки.

О.А. РУСАЛЕНКО, А.И. КАСИМ, И.М. КОЖАН, А.И. КОЖАН
ЛИТОТРИПСИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ МКБ
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Мочекаменная болезнь (МКБ) – это болезнь обмена веществ, вызываемая различными эндогенными и (или) экзогенными причинами, нередко носит наследственный характер и проявляется наличием камня в мочевыводящей системе пациента. Заболеваемость в мире составляет: 0,5-5,3%; в РФ: 3%; в РБ: 5,2 на 10000 населения, а также 40 % пациентов урологических стационаров.

Современные методы хирургического лечения при этом: открытая операция, контактная литотрипсия, эндоскопическая литоэкстракция, ДЛТ. По данным ГОКБ структура хирургического лечения представлена в *таблице 1*.

Таблица 1 - Структура хирургического лечения МКБ в урологическом отделении ГОКБ за период 2012 -2015 г.г.

Наименование вмешательства	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год
Открытая операция	60 (3,9%)	77 (5,3%)	43 (2,5%)	28 (1,7%)
Уретероскопия с литоэкстракцией	118 (7,84%)	227 (15,6%)	262 (15,4%)	127 (7,8%)
Дистанционная литотрипсия	896 (59,5%)	717 (49,3%)	1018 (60,1%)	936 (57,5%)
Пролечено пациентов	1505	1453	1693	1627

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и характера осложнений при проведении литотрипсии на аппарате Lithoskop (SIEMEN)

Показанием к ДЛТ является наличие камней почек, мочеточников. При наличии коралловидных камней ДЛТ может быть произведено при соблюдении следующих условий: небольшие коралловидные камни, внутрипочечные лоханки, сохранная функция почки и неосложненное клиническое течение заболевания, отсутствие активной формы течения хронического пиелонефрита, эффективность одного, двух сеансов для фрагментации конкремента, отсутствие органических и функциональных нарушений верхних мочевых путей. Противопоказаниями являются: беременность, деформация скелета, коагулопатии с нарушением свертываемости крови, невозможность локализации конкремента, непроходимость мочевых путей ниже конкремента при отсутствии дренирования (альтернативный способ отведения мочи), ОПН, обострение ХПН, бактериурия более 100000 МТ/мл, безуспешность предшествующих сеансов ДЛТ, киста/аневризма почечной артерии, алкогольное/наркотическое опьянение, психические заболевания, атеросклероз подвздошных сосудов при наличии камня нижней трети мочеточника, меланома, рак кожи, пигментный невус.

Материалы и методы. За период 2012 – 2015 г.г. были анализированы истории болезней 1305 пациентов, которым была применена методика ДЛТ в урологическом отделении ГОКБ. Всем пациентам были проведены стандартные обследования согласно современным протоколам: ОАК, ОАМ, БАК, ультразвуковое сканирование почек, радиоизотопная ренограмма, обзорная и экскреторная урограмма. При необходимости – инвазивные методы обследования (катетеризация мочеточника с последующей восходящей уретеропиелографией, пункционной нефростомией с пиелографией).

Результаты. Из 1305 пациентов у 10-х (0,3%) камни не были раздроблены (максимальное количество на каждый конкремент не превышало 4 сеанса, в среднем 1,4). Эффективность метода 99,7%

Встречающиеся осложнения: могли быть травматические - связанные непосредственно с воздействием энергии ударно-волновых импульсов на паренхиму почки (гематурия, гематома); **обструктивные** - связаны с отхождением фрагментов разрушенного камня (обструкцию верхних мочевыводящих путей: почечная колика, острый пиелонефрит, бактериемический шок). По данным ГОКБ структура осложнений ДЛТ за период 2012 – 2015 г.г. была следующая: **травматические:** гематурия ~ 100%; гематома - 3 клинических случая; **обструктивные:** обструкция верхних МВП «каменная дорожка» 50 случаев (уретероскопий с литэкстракцией – 38; дренирование почки - 12); острый пиелонефрит 15 случаев; бактериемический шок – 1 случай

Вывод.

В настоящее время ДЛТ на аппарате **Lithoskop (SIEMENS)** – неинвазивный, высокоэффективный и практически безопасный метод лечения МКБ при соблюдении показаний, индивидуальном режиме и профилактике осложнений.

О.И/ САВЧЕНКО, Е.В. ГОНЧАРОВА, С.Э. КАРПОВА **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ** **МАТЕРИ С РЕБЕНКОМ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ** **НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Совместное пребывание матери и новорожденного способствует установлению грудного вскармливания, формированию психоэмоциональной связи между ребенком и матерью, уменьшению частоты осложнений в послеродовом периоде у матери, способствует более быстрому выздоровлению ребенка. При совместном пребывании снижается частота контакта с персоналом, таким образом, снижается риск внутрибольничной инфекции. Второй этап выхаживания является продолжением пребывания в роддоме, зачастую ребенок проводит в таком отделении месяц и более, поэтому присутствие матери рядом является необходимым.

Цель исследования: выявить связь между увеличением числа материнских мест в отделении для выхаживания недоношенных детей и статистическими показателями работы отделения.

Материалы и методы. Изучению были подвергнуты медицинские карты детей, находившихся в отделении для выхаживания недоношенных детей с января по июнь 2016 года. Для определения статистической достоверности использовалась программа Dell Statistica 13.1. Проводилась оценка показателей использования коечного фонда, анализ структуры общей патологии пролеченных детей.

Результаты и обсуждение. В первом квартале 2016 года в отделении функционировали 5 материнских мест. С апреля 2016 года в отделении общее число материнских мест увеличилось до 20, из них количество мест совместного пребывания составило 12. Палаты совместного пребывания оборудованы на две-три койки, где матери круглосуточно находятся с детьми, осуществляют уход, кормление, наблюдают за состоянием своего ребенка под круглосуточным контролем врача и медицинской сестры. В палате раздельного пребывания матери находятся без детей, но посещают их во время пеленания и кормления. Таким образом, достигаются следующие положительные эффекты: эмоциональное состояние матери и ребенка становится более спокойным, поскольку мать наблюдает за своим ребенком, проводимыми манипуляциями; обеспечи-

вается формирование нормальной микрофлоры ребенка при контакте с матерью, что снижает риск дисбиоза, внутрибольничных инфекций, в созданных условиях ребёнок быстрее идет на поправку. Для подтверждения полученных заключений нами были проанализированы показатели работы отделения, характеризующие использование коечного фонда. Были подвергнуты сравнению данные за два периода: первый – с января по март 2016 года, второй – за период апрель – июнь 2016 года, когда были введены дополнительные материнские места. Количество пролеченных больных в первом квартале составило 90 человек, а во втором квартале 2016 года – 109 человек, и в сравнении с первым кварталом увеличилось на 21,1 %. Средняя длительность лечения в первом квартале 2016 года составила 25 дней, во втором 20,8 дней, т.е. снизилась на 16,8 %.оборот койки во втором квартале 2016 года увеличился на 22,2 % по сравнению с первым кварталом (3,6 и 4,4 дня соответственно). Эти данные свидетельствуют о том, что, после налаживания совместного пребывания матери и ребенка, дети быстрее выписывались из стационара, в то же время появилась возможность принимать больше детей за такой же период. Нами было проанализировано улучшение показателей по отдельным заболеваниям и отмечено, что ретинопатия недоношенных в первом полугодии 2016 года была выявлена у 11 детей (5,5 % обследованных), из которых ни одному не понадобилась лазерная коагуляция сетчатки. В то же время за аналогичный период предыдущего года ретинопатия новорожденных была выявлена у 20 детей (11,6 % обследованных), из которых лазеркоагуляция потребовалась 4 детям (20 % от детей с ретинопатией, 2,3% от общего количества пролеченных детей).

Выводы.

Увеличение количества мест совместного пребывания матери и ребенка в отделении выхаживания недоношенных:

- способствует более быстрому выздоровлению и выписке ребенка из стационара;
- улучшаются показатели использования коечного фонда;
- снижается риск сопутствующей патологии, такой как ретинопатия недоношенных;
- снижается риск развития инфекции у новорожденного, длительно находящегося в стационаре.

Е.И. САЛИВОНЧИК

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТИМПАНОПЛАСТКИ 3 ТИПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ ПРОТЕЗОВ ЦЕПИ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В течение последних десятилетий в лечении хронических гнойных средних отитов применяется тимпаноластика, при которой осуществляется ликвидация патологического процесса в среднем ухе и одновременно достигается улучшение слуха. Техника операции постоянно совершенствуется – используются новые материалы для замещения дефектов барабанных перепонки и слуховых косточек. Имеются сторонники использования только аутоотканей в тимпанопластике, но есть и сторонники применения искусственных материалов для реконструкции цепи слуховых косточек. В связи с этим вопрос выбора материала для реконструкции звукопроводящей системы при тимпанопластике остается открытым.

Цель исследования: оценить эффективность тимпаноластики 3 типа с использованием титановых протезов цепи слуховых косточек.

Материал и методы: За период марта-июля 2016 года в условиях оториноларингологического отделения ГОКБ было прооперировано 17 пациентов с хроническим

гнойным эптитимпаноантральным средним отитом. Мужчин было 11, женщин – 6. Средний возраст пациентов составил $31,9 \pm 10,0$ лет. При установлении диагноза использована общепринятая классификация хронических гнойных средних отитов. Всем пациентам перед операцией выполнена компьютерная томография височных костей, аудиометрия, проба с костным телефоном для определения объема хирургического вмешательства и оценки возможности слухоулучшения. Все пациенты имели комбинированную тугоухость второй степени на пораженное ухо, получена положительная проба с костным телефоном, что свидетельствовало о разрушенной цепи слуховых косточек и необходимости ее реконструкции.

8 пациентам выполнена радикальная операция на среднем ухе по открытому типу с тимпанопластикой 3 типа, 9 – ревизия послеоперационной полости с тимпанопластикой 3 типа. С целью оссикулопластики использовали аллотрансплантаты, то есть протезы слуховых косточек из искусственных материалов, в частности, из титана фирмы KURZ (Германия): тотальные у 8 пациентов, парциальные в 9 случаях. Материалом для создания неотимпанальной мембраны во всех случаях служил истонченный хрящ ушной раковины.

Результаты и их обсуждение: Ближайшие результаты тимпанопластики оценивали в течение 1 месяца наблюдения по следующим показателям: приживление неотимпанальной мембраны; состояние протеза слуховых косточек и функциональный результат. Функциональный результат учитывали по степени улучшения восприятия шепотной и разговорной речи и сокращения костно-воздушного интервала по аудиометрии после операции, что представляет истинную картину эффективности операций.

Применение аутооткани в качестве неотимпанальной мембраны проявилось хорошей приживляемостью, отсутствием отторжения, смещения, западения, нагноения и некроза, однако требовалось значительное время для взятия трансплантата, придания ему необходимой формы. Также ни в одном из случаев не было отмечено отторжения титанового эндопротеза. Критерием успешности операции является величина остаточного костно-воздушного интервала. Мы считали отличным результатом уменьшение костно-воздушного интервала до 10 дБ и менее, хорошим – 10–20 дБ, удовлетворительным – 20–30 дБ и неудовлетворительным – 30 дБ и более. Пользуясь этим критерием, установлено, что удовлетворительный результат при тимпанопластике получен в у 92,3 % пациентов.

Получены также положительные результаты при оценке восприятия шепотной (ШР) и разговорной речи (РР). Так, при восприятии шепотной ШР 0–0,5 м и РР 1,5–2,5 м перед операцией после хирургического вмешательства восприятие ШР увеличилось до 1,5 м и РР до 3–4,5 м, что является социально адекватным слухом.

Выводы:

1. Функциональные результаты тимпанопластики 3 типа с использованием протезов слуховых косточек из титана в 92,3% случаев указывают на получение социально адекватного слуха у пациентов (РР > 3 м).

2. Преимущество готовых протезов из титана в том, что они позволяют стандартизировать операции и, следовательно, сократить время операции. Эти протезы хорошо переносятся средним ухом, а при установке хрящевой прокладки (неотимпанальной мембраны) риск отторжения минимальный.

3. Использование хряща для замещения барабанной перепонки в качестве неотимпанальной мембраны было успешным в 100 % случаев, что позволяет рекомендовать его к практическому применению.

Л.М. ТУЗОВА, А.И. ГРИБОВА, Т.В. РОМАНОВА, Н.В. ЛОСЬ
**РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ
С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ,
ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИКЛОСПОРИНОМ А**
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Нефротический синдром – это клинический симптомокомплекс, характеризующийся протеинурией > 50 мг/кг/сутки у детей, отеками, гипоальбуминемией, гиперлипидемией. Это заболевание в ряде случаев протекает неблагоприятно, принимая рецидивирующее или непрерывно-рецидивирующее течение, что приводит к инвалидности пациентов, необходимости длительного стационарного лечения, затем уходу за ребенком – инвалидом на дому. Поэтому разработка и внедрение в практику отечественного здравоохранения современных методов терапии, основанных на принципах доказательной медицины, является актуальным. Правильность лечения дебюта заболевания и его рецидивов не всегда сочетается с длительностью ремиссий, что, очевидно, в большей степени связано с состоянием иммунной системы пациента.

Генетические исследования показатели, что из всех случаев первичного нефротического синдрома следует выделить следующие формы заболевания:

- причина зависит от мутации генов, определяющих состояние белков щелевой мембраны (нефрин и подоцин);
- связь с наличием атопических реакций на пылевые, пищевые и другие антигены;
- развитие НС на вакцинации, ЛС – НПВС, содержащие ртуть, золото, литий;
- после вирусной (ВПГ 1 и 2 типов, ЦМВ, ВЭБ) или бактериальной, чаще стрептококковой инфекции.

Такое условное разделение на формы требует морфобиоптического и цитогенетического исследований и, в некоторых случаях, молекулярно-генетического контроля до назначения иммуносупрессантов, так как последние могут утяжелять течение заболевания и способствовать более быстрому развитию ХПН.

В то же время известно, что нефротический синдром развивается либо в связи с отклонением иммунных комплексов, либо в связи с антительным повреждением базальных мембран гломерул

Целью работы явилось изучение состояния функции почек и характеристика течения заболевания у детей, получающих лечение циклоспорином А по поводу нефротического синдрома.

Материалы и методы. В детском нефрологическом отделении ГОКБ за период 2009 – 2015 г.г. наблюдалось 34 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет с нефротическим синдромом (НС), получающих лечение циклоспорином А. Всем пациентам до назначения циклоспоринона проведена нефробиопсия в РЦ детской нефрологии и ПЗТ, диагноз был верифицирован проведением световой и электронной микроскопии, иммуногистохимического исследования. Морфологически выявлялись:

- минимальные изменения (клинически часто рецидивирующий синдром (ЧРНС) – 26 чел.;
- мезангиопролиферативный гломерулонефрит (стероидзависимый НС (СЗНС), гормонорезистентный НС (ГРНС) – 4 чел.
- мезангиокапиллярный гломерулонефрит (ГРНС) – 1 чел.
- фокально-сегментарный гломерулосклероз (ГРНС) – 3 чел.

Дети были разделены на группы:

- со стероидзависимым НС – 3 чел.
- с часторецидивирующим НС – 26 чел.

- с гормонорезистентными НС – 5 чел.

Длительность заболевания к моменту назначения циклоспорина А составила от 6 мес. до 3 лет. Лечение проводилось под строгим контролем концентрации в крови.

Результаты и обсуждение:

- длительность ремиссии НС на фоне лечения циклоспорином А составила от 3 мес. (при СЗНС, ЧРНС) до 5 лет (при СЗНС, ГРНС);
- у большинства детей (24 чел.) при снижении дозы и отмене циклоспорина А на фоне интеркуррентных заболеваний отмечены рецидивы заболевания, что требовало увеличения дозы циклоспорина и/или глюкокортикоидов;
- при назначении циклоспорина А отмечалось исчезновение проявлений стероидотоксичности вследствие снижения дозы преднизолона или его отмены;
- у 5 пациентов развилась циклоспоринозависимость.

Состояние функции почек исследовалось традиционными методами (креатинин крови, эндогенного креатинина, проба Зимницкого, анализ утренней порции мочи на микроальбумин, суточную протеинурию), а также путем проведения РРГ ежегодно, нарушения парциальных функций почек не зарегистрировано.

Выводы.

Длительность ремиссии при СЗНС, ЧРНС, ГРНС, уменьшение стероидотоксичности при назначении циклоспорина А пациентам с нефротическим синдромом говорит о необходимости более широкого использования препарата для лечения данной группы детей.

Нарушений функции почек не зарегистрировано ни у одного ребенка, получающего лечение циклоспорином А, то есть препарат не оказал нефротоксического эффекта.

При лечении циклоспорином А обязателен контроль за побочными эффектами и проявлениями осложнений действия препарата. Необходимо проведение нефробиопсии до начала лечения циклоспорином и в динамике терапии через 6-12 месяцев.

Отсутствие побочных эффектов и выявленные результаты лечения возможны только при тщательном контроле уровня концентрации циклоспорина в крови не реже 1 раза в месяц.

А.И. ХМЫЛКО, Д.М. АДАМОВИЧ, В.И. БАТЮК, А.В. ЛУТКОВ
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Пациенты с острым аппендицитом (ОА) составляют одну из ведущих патологий, госпитализируемых в отделения хирургии по экстренным показаниям. Выполняемые оперативные вмешательства, в зависимости от имеющейся клинической картины, разнообразны. Лапароскопическая аппендэктомия, традиционная аппендэктомия, как правило, применяются в неосложненных случаях. Деструктивные формы аппендицита с развитием перитонита, требующие выполнения санации брюшной полости, ведут к выполнению широкого лапаротомного доступа. У пациентов с осложненными формами ОА, по сравнению с неосложненными, по литературным данным, отмечается и большее число осложнений.

Цель: изучить результаты лечения ОА у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 595 пациентов, находившихся на стационарном лечении в УГОКБ с ОА за период 01.01.2014 – 30.08.2016 г. При гос-

питализации пациенты осмотрены дежурным хирургом, выполнены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ). Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75)%.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 334 (56%), женщин 261 (44%). Средний возраст пациентов составил 32 года (22;51). ИМТ составил 25 (22;29). Пациенты поступали в среднем через 20 часов (11;32) от начала заболевания. Позже 24 часов поступили 186 (35%) пациент. До поступления были осмотрены медработниками – 15 (8%) пациентов, четверо (2,6%) из которых отказались от госпитализации. Уровень лейкоцитоза составил в среднем $14,3 \times 10^9/\text{л}$ (11,0;16,9), гемоглобин – 138 г/л (126;149), эритроциты – $4,55 \times 10^{12}/\text{л}$ (4,17;4,90), тромбоциты – $193 \times 10^9/\text{л}$ (156;234). УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка (ЧО), его расположения и дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии выполнено 92% пациентам, в 54% случаев выявлены эхоскопические признаки острого аппендицита.

Все пациенты были прооперированы. Были выполнены следующие операции и разделены на группы: 1) традиционная аппендэктомия (ТА), 2) ТА + дренирование брюшной полости (ТА+Д), 3) диагностическая лапароскопия + ТА (ДЛ+ТА), 4) ДЛ+ТА, дренирование брюшной полости (ДЛ+ТА+Д), 5) лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), 6) ЛС, лапаротомия (ЛС+ЛТ), 7) лапаротомия, в связи с клиникой перитонита (ЛТ) (таблица 1).

Таблица 1. Оперативные вмешательства у пациентов с острым аппендицитом.

Показатели	ТА1	ТА+Д 2	ДЛ+ТА 3	ДЛ+ТА+Д 4	ЛА 5	ЛС+ЛТ 6	ЛТ 7
Кол-во, n= 595	n=329	n=60	n=86	n=13	n=88	n=7	n=12
возраст	32 (22;52)	52 (38;65)	30 (24;43)	50 (32;56)	24 (20;30)	54 (27;63)	52 (24;75)
Пол м/ж, %	62/38	57/43	50/50	54/46	41/59	71/29	58/42
Сроки заболевания	18 (10;26)	48 (26;72)	19 (10;28)	48 (27;72)	15 (9;20)	107 (75;109)	108 (102;130)
Позже 24ч., n=, (%),	83 (25%)	46 (77%)	21 (24%)	12 (92%)	9 (10%)	7 (100%)	11 (92%)
Лейк, $\times 10^9/\text{л}$	14,4 (11,1;17,1)	15,1 (12,4;19,1)	12,7 (10,2;15,0)	14,4 (13,3;15,9)	13,5 (11,0;17,0)	11,4 (10,3;13,6)	14,6 (11,5;17,0)
Нв, г/л	141 (130;150)	134 (124;141)	133 (121;144)	124 (122;147)	134 (124;145)	141 (121;158)	140 (123;148)
Эр., $\times 10^{12}/\text{л}$	4,46 (4,28;4,98)	4,42 (4,07;4,67)	4,39 (4,01;4,75)	4,32 (3,81;4,69)	4,48 (4,16;4,84)	4,54 (3,99;5,16)	4,66 (4,04;5,10)
Тр., $\times 10^9/\text{л}$	189 (153;231)	201 (160;236)	187 (150;234)	195 (176;247)	201 (168;245)	158 (119;183)	234 (149;267)
К-д	7 (6;7)	14 (11;19)	7 (7;8)	17 (13;18)	7 (6;7)	10 (9;11)	13 (11;23)
имт	26 (23;29)	28 (24;31)	25 (22;30)	26 (24;27)	22 (20;35)	26 (*;*)	23 (22;25)
Осложнения, %	15(5%)	9(15%)	1(1%)	1(7,6%)	4(5%)	0	2(17%)

В послеоперационном периоде осложнения развились у 32 пациентов. В 1 группе у 15 пациентов развились следующие осложнения: у 8 серома послеоперационной раны, у 6 гематомы послеоперационной раны, у одного – острая спаечная кишечная непроходимость. Во 2 группе - у 9 пациентов: у трех – острая спаечная кишечная непроходимость, у одного пациента острая спаечная кишечная непроходимость и в последующем эвентрация с разрывом подлежащей фиксированной спайками тонкой кишки, у двух парез кишечника, купированный консервативно, у одного – толстокишечный свищ, который зажил в результате консервативного лечения, один пациент оперирован на 4-е сутки по поводу перфоративной язвы 12пк-ки - выполнена резекция желудка и у одной пациентки при забрюшинном расположении червеоб-

разного отростка развилась флегмона забрюшинного пространства, что в последующем потребовало оперативного лечения. В 3 группе: у одного пациента гематома послеоперационной раны. В 5 группе 4 осложнения: у одного пациента гематома и у одного пациента серома послеоперационной раны в правой подвздошной области, у двух инфильтраты послеоперационного рубца, пролеченные консервативно. В 7 группе осложнения развились у двух пациентов: у одного пациента на 7 сутки – эвентрация и разрыв тонкой кишки фиксированной спайками по линии лапаротомной раны, у второй – на 14 сутки – перфорация острой язвы тонкой кишки.

Выводы.

В большинстве случаев пациентам выполнялась традиционная аппендэктомия - 65%, из которых в 15% (10%) потребовалось дренирование брюшной полости. У трети пациентов операция была начата с лапароскопии, при этом у половины из них была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, почти у половины была произведена традиционная аппендэктомия в связи с анатомическими особенностями и у 2% из них - традиционная аппендэктомия была завершена дренированием брюшной полости.

Лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости выполнена у 3% пациентов, из них операция начата с диагностической лапароскопии у 37% (1%). В послеоперационном периоде осложнения развились у 32 пациентов (5,3%).

Наибольшее количество осложнений отмечено в группах после лапаротомии (17%) и традиционной аппендэктомии с дренированием брюшной полости (15%).

Е.Л. ЦИТКО, О.С. ГОВРУШКО

ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКЭТОМИЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Лидирующие позиции в лечении диско-радикулярного конфликта занимают хирургические методы. Наиболее распространенной операцией при грыжах поясничного отдела является микрохирургическая дискэктомия. Однако, в силу индивидуальных анатомических особенностей поясничного отдела, различных видов локализации грыж МПД, для достижения максимального эффекта вмешательства необходимо тщательное предоперационное планирование и динамический контроль хирургического вмешательства. В основу, как правило, ложатся рентгенограммы позвоночного столба в стандартных проекциях и результаты компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Цель: изучить эффективность использования безрамочной нейронавигационной системы BrainLab при хирургическом лечении межпозвонковых грыж на поясничном отделе позвоночника.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении №1 ГОКБ с использованием нейронавигационной системы BrainLab (Германия) было прооперировано 24 пациента с остеохондрозом позвоночника в III стадии дегенеративного процесса по Осна и Попелянскому.

Медиана возраста группы составила 45 (40; 51) лет, веса – 82 (66; 92) кг. Среди них было 18 (75%) мужчин и 6 (25%) женщин. С учетом анатомо-топографической локализации грыж МПД в горизонтальной плоскости парамедианное положение встречалось у 13 (54,2%), медианное у 6 (25%) и боковое у 5 (20,8%) человек. По уровню поражения в исследуемой группе дегенеративные изменения диска диагностировались на уровне L4–L5 и L5–S1 (16 (66,7%) и 8 (33,3%) соответственно). У 9 (37,5%) пациентов по результатам КТ или МРТ поясничного отдела отмечалось каудальное и у 2 (8,3%) краниальное смещение секвестра.

После клинико-неврологического обследования всем пациентам выполнено КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника с уровня L2 по S1 по стандартной методике спирального сканирования с толщиной среза 2,5 мм. Данные предоперационного КТ исследования в дальнейшем загружались в базу нейронавигационной системы BrainLab.

Во всех случаях ($n=24$) выполнялось интерламинарное удаление фрагмента, выпавшего в подсвязочное или эпидуральное (в случае разрыва задней продольной связки) пространство дегенерированного пульпозного ядра с ревизией межпозвонковой щели.

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc. USA).

Результаты и обсуждение. С использованием нейронавигационной системы BrainLab выполнено 24 микрохирургических дискэктомии. 3D реконструкция поясничного отдела позвоночника позволила в предоперационном периоде определить область и минимальную длину кожного разреза необходимую для адекватного доступа к зоне вмешательства и регистрации навигационной станции. Динамический контроль интервенции с помощью наводимой указки позволяет определить зону и необходимый минимальный объем резекции элементов заднего опорного комплекса, локализовать секвестр и область оссификации подлежащие удалению. Это обеспечивает полноценность декомпрессии корешка, радикальность удаления секвестров пульпозного ядра из СМК и ревизии межпозвонковой щели.

Медиана показателя выраженности болевого синдрома по ВАШ в предоперационном периоде в исследуемой группе составила 70,0 (65,0; 77,5) баллов. После хирургического вмешательства показатели ВАШ снизились до 20,0 (17,5; 25,0) баллов. Анализируя динамику болей по ВАШ установлена статистически значимая положительная динамика ($Z=4,28$; $p<0,001$).

Также, отмечалось существенное улучшение качества жизни (опросник Освестри) в послеоперационном периоде ($Z=4,28$; $p<0,001$). До операции результаты анкеты составили 70,0 (64,0; 74,0), а на 5 сутки после вмешательства снизились до 46,0 (37,0; 54,0).

Таким образом, в исследуемой группе ($n=24$), можно констатировать достижение клинически значимого положительного эффекта в 91,7% случаев.

Выводы.

Установлена высокая эффективность (91,7%) использования навигационной системы в предоперационном планировании и интраоперационном мониторинге при хирургическом лечении секвестрированных грыж МПД, особенно в случаях миграции фрагмента.

Навигация обеспечивает малотравматичность, радикальность и снижает риск оперативного вмешательства. В представленной группе имеет место высокая клиническая эффективность по показателям ВАШ и анкете Освестри ($Z=4,28$; $p<0,001$ и $Z=4,28$; $p<0,001$ соответственно).

Юбилеры Здравоохранения Гомельщины 2016 года

А.В. КОЗИК, Д.Г. ФИЛИПЧУК

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

ОРГАНИЗАТОРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОМЕЛЬЩИНЫ – ЮБИЛЯРЫ 2016 ГОДА.

ДРУЯН ИБРАГИМ ЛЕОНИДОВИЧ (9.05.1916 – 4.02.1988)

Родился в г. Саки, Крым

Окончил Днепропетровский мединститут в 1941 г.

1941-1944 гг. – начальник санслужбы 193 ОПБ Киевского укрепрайона, начальник санслужбы Минского партизанского соединения и партизанской бригады им. Гуляева.

1944 – 1952 гг. - заведующий Каменецким райздравотделом Бресткой обл., главврач Каменецкой райбольницы Бресткой обл.

1952 – 1960 гг. – начальник медицинской части госпиталя ИОВ г. Гомеля, начальник госпиталя для ИОВ

Автор 25 научных публикаций. Заслуженный врач БССР. Кандидат медицинских наук. Доцент.

Награжден боевыми медалями и орденами, Почетной грамотой Верховного Совета БССР.

ШТЕЙНБОК ЮЛИЙ АБРАМОВИЧ (1886 - 1960)

Окончил медицинский факультет Берлинского университета в 1915 г.

1936 – 1941, 1945 – 1953 гг. – главный врач Гомельского областного кожно-венерического диспансера.

Другие сведения не сохранились.

ДЕРЖИЦКИЙ ВИКТОР ЕВДОКИМОВИЧ (5.07.1936 – 14.11.1995)

Родился в д. Zubovo Оршанского р-на Витебской области. В 1960 г. окончил Витебский медицинский институт, начал свою карьеру в должности главного врача Сосновоборской горбольницы Светлогорского р-на. С 1965 г. был заместителем, а с 1970 г. – заведующим отделом здравоохранения Гомельского облисполкома. Был заместителем главного врача Гомельской областной больницы, с 1988 г. - заместителем главного врача Гомельской городской больницы скорой медицинской помощи. С 1990 г. – главным врачом Гомельского специализированного диспансера (центр радиационной медицины) Заслуженный врач БССР. Награжден знаком «Отличнику здравоохранения СССР», орденами «Трудового Красного Знамени», «Знак Почета», медалью «За доблестный труд»

БОРТНОВСКИЙ ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ (26.01.1956)

Родился в г. Гомеле. В 1979 г. Окончил Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова. В этом же году был зачислен на Северный флот начальником медицинской службы атомной подводной лодки.

С 1991 г. работает в Гомельском государственном медицинском университете. Является заведующим кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины. Кандидат меднаук. Доцент.

Автор многочисленных научных работ, 2 изобретений, 46 рацпредложений.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения Республики Беларусь», медалями «За боевые заслуги» и «За заслуги в сфере образования», орденом «Знак Почета».

ГОРНОСТАЙ ПЕТР ВЛАДИМИРОВИЧ (1.05.1946)

Родился в п. Глуша Бобруйского р-на.

Окончил Минский медицинский институт в 1971 г.

Работать врачом-хирургом Чечерской райбольницы, Гомельской областной больницы, заведующим хирургическим отделением БСМП г. Гомеля.

1982 – 1984 гг. – старший врач хирургической службы посольства СССР в Нигерии. С 1984 г. – главный хирург управления здравоохранения Гомельского облисполкома.

В настоящее время – заведующий операционным блоком ГОКБ.

Автор многочисленных научных публикаций по вопросам абдоминальной хирургии. Автор 7 рацпредложений.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения Республики Беларусь», медалью «За трудовые заслуги».

ФИЛИПЧУК ДМИТРИЙ ГРИГОРЬЕВИЧ (21.04.1946)

Родился в д. Новый двор Минского р-на.

Окончил стоматологический факультет Минского мединститута в 1969 г.

Работал в Октябрьской райбольнице врачом-стоматологом, а с 1970 г. – заместителем главного врача по ОМПНР, с 1976 г. – в Гомельской областной клинической больнице врачом-методистом оргметодотдела, заведующим отделения ЧЛХ и стоматологии, заместителем главного врача по оргметодработе, по поликлинической работе, по идеологической работе.

В настоящее время – руководитель областного центра экстренной медпомощи.

Автор 13 рацпредложений, 22 научных работ по проблемам организации здравоохранения, анаэробной инфекции и истории медицины.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения СССР».

ЛОЙ ВЛАДИМИР ПАВЛОВИЧ (11.09.1936)

Родился в д. Семурядцы Житковичского р-на.

Окончил стоматологический факультет Минского мединститута в 1965 г. После окончания института 10 лет работал врачом стоматологом-ортопедом в Гомельской областной стоматологической поликлинике, с 1975 г. – заместитель главного врача, а с 1979 – главный врач Гомельской областной стоматологической поликлиники.

1979 – 1999 гг. – стоматолог-ортопед Гомельской 3-й стоматологической поликлиники.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения СССР», медалью «За трудовую доблесть».

САВКОВ АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ (1.07.1946)

Родился в с. Речица Ливенского р-на Орловской обл.

В 1971 г. окончил Смоленский мединститут. Работал терапевтом в Клинцовской горбольнице. В 1975 г. продолжил учебу в клинической ординатуре СГМИ. По окончании учебы работал заместителем главного врача Клинцовской горбольницы. 1985 – 1987 гг. – заместитель главного врача Гомельской 4-й горбольницы. С 1987 г. главный врач Гомельского 1-го территориального медицинского клинического объединения.

В настоящее время – заведующий оргметодкабинетом Гомельской областной специализированной больницы.

КОЗЛОВА ОЛЬГА ЛУКИНИЧНА (1916 - 2000)

Родилась в с. Осов Речицкого уезда Гомельской губернии.

В 1944 г. окончила Томский мединститут. После учебы год работала заведующей сельской участковой больницей Орловской области. С 1945 г. – заведующая рентгенкабинетом Орловской областной больницы. С 1947 г. – заведующая Житковичским райздравотделом. С 1948 г. – заместитель заведующего Полесским облздравотделом. С 1954 г. – главврач станции скорой медицинской помощи, врач поликлиники №2 г. Мозыря.

Заслуженный врач БССР. Награждена орденом Трудового Красного Знамени.

БИЧ ЕВГЕНИЙ ПЕТРОВИЧ (9.08.1926 – 2001)

Родился в г. Киеве. Участник Великой Отечественной войны.

В 1956 г. окончил Минский мединститут. После учебы и до 1961 г. работал заведующим Буда-Кошелевским райздравотделом, главным врачом района. 1961 – 1963 гг. – директор Мозырского медучилища. Позже был заведующим кафедрой медицинских знаний и охраны здоровья детей Мозырского пединститута.

Кандидат медицинских наук, профессор. Автор многочисленных научных публикаций, 2 монографий.

Награжден орденом и медалями СССР, Грамотой Верховного Совета БССР.

ПОНОРАД НИКОЛАЙ МИХАЙЛОВИЧ (1956)

Окончил Гродненский мединститут в 1982 г.

Год проработал главным врачом Ветковского р-на. С 1987 г. – врач кардиоревматологического клинического диспансера г. Гомеля.

Других сведений нет.

АНТОНЕНКО МИХАИЛ МАКАРОВИЧ (1.10.1936)

Родился в д. Аревичи Брагинского р-на Гомельской обл.

В 1965 г. окончил Минский мединститут. С 1966 г. работал заместителем главного врача Брагинского р-на. С 1969 г. – клинический ординатор кафедры педиатрии Минского мединститута. 1971 – 2000 гг. – главный врач Добрушского р-на.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения СССР», орденом «Знак Почета»

ИВАНОВ ВЛАДИМИР АФОНАСЬЕВИЧ (1946)

Родился в д. Матюшки Опочецкого р-на Псковской обл.

В 1970 г. окончил Витебский мединститут.

1970 – 1996 гг. – врач-хирург Ельской ЦРБ, с 1996 г. – главврач Ельской райбольницы.

ДАВЫДЕНКО ВЛАДИМИР АНДРЕЕВИЧ (1926 - 1991)

Родился в д. Обидовичи Журавичского р-на Гомельской обл.

В 1957 г. окончил Смоленский мединститут.

С 1958 г. – главный врач Ветчинской участковой больницы Житковичского р-на, 1959 г. – заместитель главного врача Житковичского р-на, 1960 г. – главврач Житковичского р-на, 1971 г. – врач-офтальмолог Житковичской ЦРБ.

Участник Великой Отечественной войны.

Награжден орденом Отечественной войны II степени, медалями «За отвагу», «За победу над Германией».

ДОБРОВОЛЬСКИЙ ОЛЕГ ВАСИЛЬЕВИЧ (1946-1998)

Родился в г. Славгород Могилевской обл.

Окончил Минский мединститут в 1970 г. После учебы год работал врачом-хирургом Рудняковской участковой больницы Житковичского р-на, заведующим хирургическим отделением Житковичской ЦРБ. 1977-1978 гг. - заместитель главного врача Житковичского р-на. 1978 – 1984 гг. – главврач Житковичского р-на. 1985 – 1995 гг. – заместитель главврача МСУ ПО «Гомсельмаш». 1995 – 1998 гг. – главврач 3-й горбольницы г. Гомеля.

ГРАМАК КОНСТАНТИН СЕРГЕЕВИЧ (1956)

Родился в г. Новогрудок Гродненской обл.

В 1978 г. окончил Гродненский мединститут. После учебы, до 1981 г., работал врачом-фтизиатром Житковичской ЦРБ. Позже год проработал в должности заместителя главврача этой больницы. 1982-1983 гг. – заведующий туберкулезным отделением. 1985– главврач Житковичской райбольницы.

КЛУМОВ ЕВГЕНИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ (4(16).12.1876 – 10.02.1944)

Родился в г. Москве.

Окончил медицинский факультет Московского университета в 1902. После учебы работал ординатором Ново-Екатерининской больницы в Москве, с 1904 г. - ординатор военного госпиталя на Дальнем Востоке, с 1905 г. земский врач Сутковской больницы Речицкого уезда Минской губ, с 1913 г. - заведующий Лоевской земской больницей, с 1914 г. - старший ординатор, главный врач Минского хирургического госпиталя, 1914—1919; старший хирург полевого госпиталя, 1920—1921; заведующий хирургическим и гинекологическим отделениями Минской губернской больницы, 1921—1924; консультант-хирург Минского военного госпиталя, 1924—1932; заведующий гинекологическим отделением 1-й Советской больницы в Минске, 1927—1934; директор 2-й гинекологической клиники, профессор кафедры акушерства и гинекологии Минского мединститута, 1934—1941; хирург-гинеколог больницы для гражданского населения в оккупированном Минске, 1941-1943.

Кандидат медицинских наук, профессор. Активный участник антифашистского подполья в Минске, Герой Советского Союза (посмертно).

ДАЛИНЧУК МИХАИЛ МИХАЙЛОВИЧ (9.05.1936)

Родился в Калинковичской р-не Гомельской обл.

Окончил Минский медицинский институт в 1966 г. После учебы работал врачом-офтальмологом Жлобинской райполиклиники, с 1968 г. - главврач Жлобинского р-на.

Кандидат медицинских наук.

Автор 12 научных публикаций.

ЛАЗАРЕВИЧ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ (1946 г.)

Родился в д. Вербицы Новогрудского р-на Гродненской обл.)

Окончил Гродненский медицинский институт, 1974. После учебы работал хирургом Калинковичской ЦРБ до 1977 г., позже - заместителем главного врача Калинковичской ЦРБ, до 1986 г. С 1986 г. - главврач Речицкого р-на.

Награжден знаком “Отличнику здравоохранения СССР”.

Депутат Верховного Совета Беларуси 13 созыва.

ЧЕРНЯК МИХАИЛ ГАВРИИЛОВИЧ (10.04.1936)

Родился в д. Сперижье Брагинского р-на Гомельской обл.

Окончил Витебский мединститут в 1970г. 1971 – 1974 гг. - главный врач Комаринской райбольницы, 1974 – 1980 гг. - главврач Рогачевского района, 1980—1998 гг. - главный

врач Гомельской областной поликлиники № 8. С 1998 г. - врач-терапевт Гомельской областной поликлиники № 8.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения СССР»

СНЫТКОВ ВЛАДИМИР ГЛЕБОВИЧ (17.03.1936)

Родился в д. Горбачевка Жлобинского р-на Гомельской обл.

Окончил Минский мединститут в 1964 г.

1968 – 1974 гг. - врач-хирург Рогачевской ЦРБ, 1974 – 1980 гг. - заместитель главного врача Рогачевского района, 1980 – 1996 гг. - главный врач Рогачевского района.

ГОДЫНСКАЯ НИНА ИВАНОВНА (1926 г.)

Окончила Киевский медицинский институт в 1952 г.

Заведующая Паричским райздравотделом с 1952 г. по 1958 г., с 1958 г. - врач-инфекционист Светлогорской ЦРБ.

КОБЫЛКО ВИКТОР ИВАНОВИЧ (4.10.1946)

Родился в д. Ханчицы Свислочского р-на Гродненской обл.

Окончил Гродненский мединститут в 1974 г. 1945 - 1946 гг. Главврач Руднянской УБ Гомельской обл. До 1979 г. – врач Хойницкого туберкулезного диспансера, с 1979 г. – заместитель главврача, а с 1991 г. – главврач Хойницкого р-на.

Награжден орденами Дружбы народов, «Отечества» III степени, медалью им. Н.И. Пирогова, знаком «Отличнику здравоохранения Республики Беларусь»

КОРСАК СЕРГЕЙ СТАНИСЛАВОВИЧ (3.06.1966)

Родился в г. Барановичи Брестской обл.

В 1989 г. окончил Минский мединститут. После учебы 2 года работал врачом-хирургом в Чечерской райбольнице, с 1991 -заместитель главврача, с 1993 – главврач Чечерской райбольницы. В настоящее время - заведующий Будакошелевской райполикликой.

Автор 12 научных работ и 1 монографии.

Награжден знаком «В ознаменование 100-летия профсоюзного движения».

ЯКУБОВИЧ АЛЕКСАНДР ГРИГОРЬЕВИЧ (15.07.1916-14.01.1967)

Родился в г. Почеп Орловской обл.

В 1946 г. окончил Минский мединститут. После учебы 3 года проработал госсанинспектором Жлобинского р-на, позже – главный санитарный врач района, Гомельской областной санэпидемстанции. С 1963 г. – заведующий отделом особо опасных инфекций Гомельской обласной СЭС.

Участник Отечественной войны, начальник санслужбы партизанского отряда им. Н.А.Щорса.

Награжден медалями СССР, Почетной грамотой Верховного Совета БССР.
